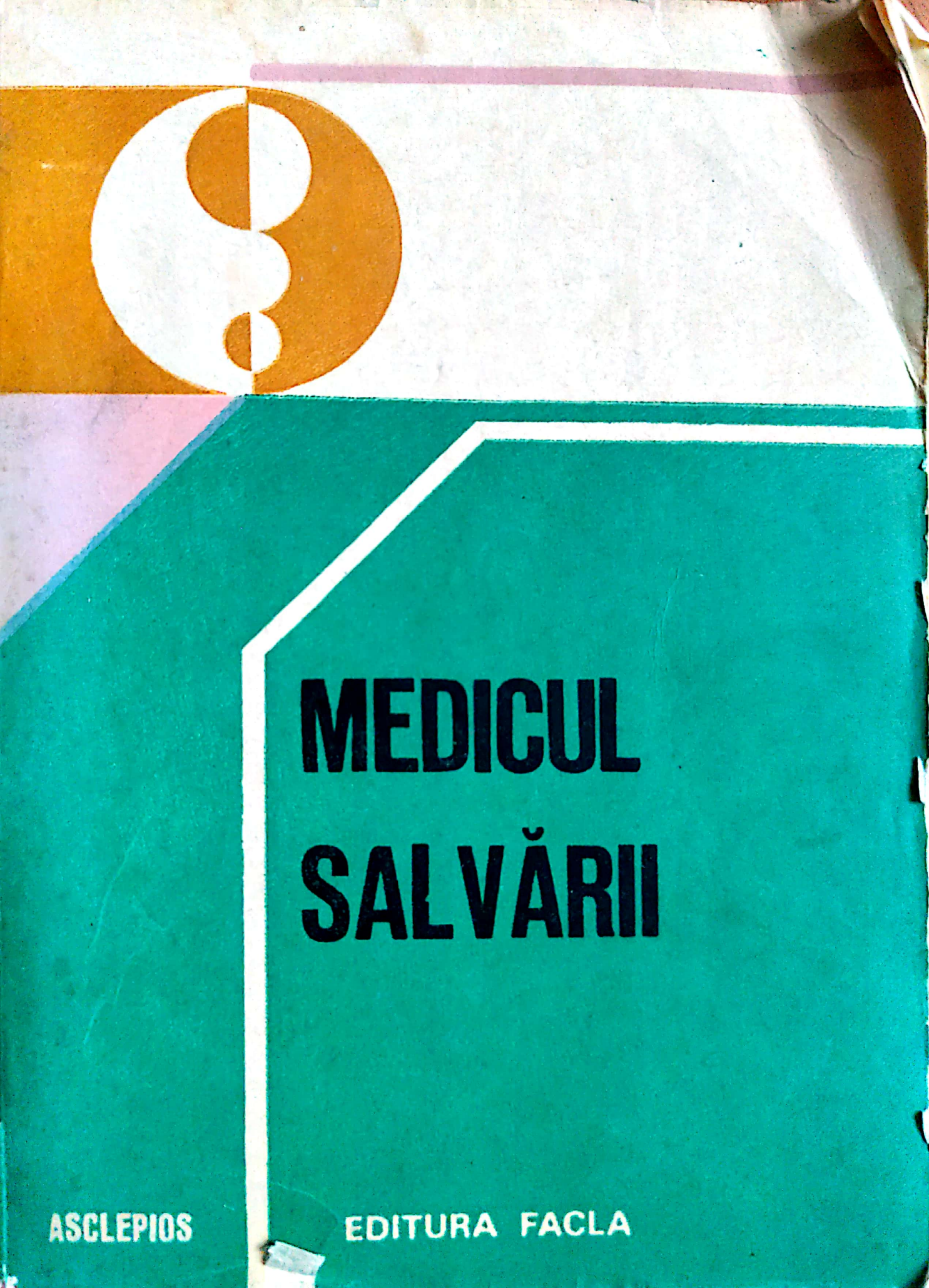

MEDICUL
SALVĂRII
ASCLEPIOS
EDITURA FACLA

MEDICINA INTERNA
Prof. Dr. LUCA STANCIU
Dr. ALEX. RADIVOIEVICI

PEDIATRIE
Prof. Dr. Doc. L. ȚURCANU

OBSTETRICA-GINECOLOGIE
Prof. Dr. I. NUBERT
Dr. I. MUNTEANU

CHIRURGIE
Prof. Dr. Doc. P. RĂDULESCU

ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
Prof. Dr. T. ȘORA

BOLI INFECȚIOASE
Prof. Dr. I. VASILESCU
Dr. R. POPIAN

NEUROLOGIE
Prof. Dr. E. MINCIU

PSIHIATRIE
Dr. M. LĂZĂRESCU

OFTALMOLOGIE
Dr. GH. CHERCOTĂ

O.R.L.
Dr. I. MARIN

MEDICINA LEGALA
Prof. Dr. TR. CRIȘAN

Coordonator : Prof. Dr. LUCA STANCIU

Scanned with OKEN Scanner

MEDICUL SALVĂRII

Ghid de diagnostic și tratament în principalele urgențe medico-chirurgicale

EDITURA FACLA
Timișoara, 1982

Scanned with OKEN Scanner

PREFAȚA

Ghidul de diagnostic și tratament *MEDICUL SALVĂRII* se adresează medicului generalist, medic de circumscripție sau întreprindere, pus în situația de a acorda asistență medicală de urgență, ca medic pe o ambulanță a salvării, la nivelul dispensarului sau la domiciliul bolnavului.

Calitatea actului medical, în astfel de situații, depinde primordial de pregătirea profesională a medicului, pregătire materializată prin operativitatea orientării diagnostice și, în consecință, prin rapiditatea și calitatea deciziei.

Medicina de urgență implică o multitudine de situații critice, de stări morbide, un infinit caleidoscop de simptome, de tulburări funcționale, toate solicitînd experiență, spirit analitic, dar și capacitate de sinteză, apoi curaj, fermitate în acțiune.

„PRIMUM NON NOCERE" e postulatul care nu trebuie să ne facă ezitanți, dar care ne impune circumspecție ! Să știm exact *ce nu e permis să facem,* să ne păstrăm calmul în cele mai critice situații, dar să fim cît mai operativi în soluționarea cazului.

Vom fi solicitați să acordăm asistență de urgență în cele mai variate situații și stări morbide, situații uneori dificile de rezolvat chiar de către specialiști reputați și, cu toate acestea, medicul generalist trebuie să ia cea mai corespunzătoare atitudine, decizie.

Iată de ce am considerat necesară redactarea unui astfel de ghid, la care colaborează specialiști de prestigiu din Timișoara, cu toții convinși că soarta bolnavului, evoluția, complicațiile,

Scanned with OKEN Scanner

pînă la riscul vital, depind adeseori de promptitudinea și calitatea acestui prim act medical.

Un astfel de ghid considerăm că întregește util seria de ghiduri terapeutice, editate la FACLA. Ca și celelalte, el va constitui un vademecum de mare utilitate celui mai solicitat pion al asistenței medicale ambulatorii : medicul generalist.

Studenților în medicină, îndeosebi celor din ultimii 2 ani, îl recomandăm cu căldură pentru instruirea lor și orientarea în gărzile obligatorii din cadrul externatului policlinic.

În noua formulă a internatului, dorim ca această lucrare să le aducă absolvenților — medici stagiari — elemente deosebit de utile în practica asistenței de urgență și în completarea formării lor profesionale.

Lucrarea este redactată ca vademecum, cuprinzînd, pe specialități, principalele simptome și sindroame care impun solicitarea medicului.

În specialitățile de bază, abordarea materialului se face pe două mari subgrupe :

1. **Urgențele apărute pe fondul unor stări morbide cunoscute de bolnav sau de anturaj** (cardiopatii, boli digestive, nefropatii, boli de nutriție sau endocrine etc.).

2. **Simptome sau sindroame evocatoare de urgență.**

În redactarea tuturor urgențelor se urmărește firul judecății clinice — de la simptom la interpretarea diagnostică, și de aici la atitudinea terapeutică, după schema de mai jos :

1. *Medicul este consultat pentru :*

2. *Scurt istoric :* tip de debut, semne dominante, atitudinea luată de bolnav (de anturaj).

3. *Antecedente patologice :* în legătură (sau fără) — cu actualele simptome.

4. *Examen obiectiv :* — date imediate (inspecția bolnavului și a ambianței, repere obiective) ; — *examen pe aparate* — examen de specialitate.

5. *Diagnostic* — prin excludere (ce probleme de diagnostic diferențial se pun ?). *a*) Este diagnostic clar ? *b*) Dacă nu : Ce *investigații* complimentare sînt necesare pentru diagnostic ? *c*) E posibil numai un diagnostic prezumtiv de . . . ; *d*) Diagnostic *imposibil.*

6. Soluția cazului : E necesară o *terapie de urgență ?* Ce anume ? Se poate rezolva problema din punct de vedere *terapeutic ?* Cum anume ? Cît timp ? Cît va fi controlat ? Și unde ?

Scanned with OKEN Scanner

7. *Este necesară internarea?* De urgență? Și în acest caz, ce măsuri imediate se impun? — Internarea se face în vederea precizării diagnosticului.

Reiese, deci, că lucrarea abordează nu numai problemele diagnosticului și tratamentului imediat, ci și investigațiile paraclinice necesare diagnosticului atunci cînd elementele clinice sînt insuficiente pentru precizarea acestuia. De asemenea, sînt schematizate măsurile terapeutice necesare pînă la spitalizare, iar cînd este posibil tratamentul ambulator se precizează modalitățile de realizare ale acestuia, durata și schema de control în continuare.

Particularitățile unor urgențe impun ca internarea să se realizeze imediat și supravegheat, măsurile terapeutice aplicîndu-se „din mers". Grija pentru securitatea transportului la șocați, traumatizați, comatoși, agitați etc. este un factor esențial pentru succesul medical, pentru soarta bolnavului.

Implicațiile medico-judiciare, care apar în unele situații morbide pun probleme sensibile medicului chemat să rezolve asemenea cazuri, fapt ce ne-a determinat să abordăm, în ultimul capitol, urgențele cu caracter medico-legal, spre a schematiza sarcinile ce revin generalistului din teren.

În încheiere, dorim ca acest ghid să fie folositor medicului, dar și studentului în activitatea lor de zi cu zi, pentru ca asistența medicală de urgență să crească din punct de vedere calitativ, limitîndu-se riscurile și complicațiile la care sînt expuși acești bolnavi.

AUTORII

Scanned with OKEN Scanner

MEDICINĂ INTERNĂ

1. URGENȚE CARDIOVASCULARE

1.1. CARDIOPATII VALVULARE

1.1.1. EDEMUL PULMONAR ACUT (E.P.A.)

STENOZA MITRALĂ

E.P.A. — edem pulmonar prin baraj mitral strîns.

Dispnee acută, tuse adesea în chinte, spute hemoptoice sau spumoasă-rozată. (În forme supraacute: val de spumă rozată inundînd căile respiratorii — asfixie — anxietate extremă.)

Debut după efort fizic, contact prelungit cu frigul, după o masă copioasă, în cursul sau după un raport sexual, după o emoție etc. La femei tinere în perioada premenstruală.

Cunoscută ca leziune valvulară, alteori accident inaugural.

Bolnav în ortopnee, anxios, palid, cu cianoza extremităților, transpirații profunde. Polipnee inspiratorie, uneori expir mai prelungit, hipersonoritate toracică, raluri subcrepitante umplînd ambele hemitorace, uneori auzibile de la distanță, tuse uneori în chinte, spută hemoptoică sau spumoasă rozată.

La cord — elemente stetacustice caracteristice stenozei mitrale —, tahicardie cu accentuarea S_1 și ritm în trei timpi, cu uruitură diastolică și scurt suflu presistolic.

Diagnosticul clinic este clar.

Scanned with OKEN Scanner

Dificultăţi ridică asocierea unei bronşite cronice care, cu ocazia unei reactivări, realizează o criză de dispnee prin bronhospasm (vezi **Bronşita astmatiformă**) sau în infecţii respiratorii grave, chiar E.P.A. (vezi **Edem pulmonar acut infecţios**).

Tratamentul de urgenţă începe din primul moment.

I. Oxigenoterapie cu antispumant (alcool diluat în barbotor).

II. Diuretic drastic — Furosemid — 2—4 fiole a 20 mg i.v. sau Edecrin (acid etacrinic) — perfuzat 1 flacon a 50 mg.

III. Sîngerare 3—500 ml — rapid, cu ac gros (heparinat) sau flebotomie. Cînd T.A. maximă este sub 110 sau la anemici, nu vom sîngera, ci *vom aplica garouri la ambele coapse* (păstrînd palpabil pulsul arterial la extremităţi), le vom desface lent, pe rînd, după aproximativ 20 minute.

IV. Hidromorfon-atropină — vom administra s.c. sau chiar i.v. acolo unde sînt semne evidente de iritaţie a centrului respirator. *Strict contraindicat în prezenţa semnelor de încărcare bronşică* (riscul bronhoplegiei asfixice).

Transport la spital — supraveghere activă, preferabil cu mască de oxigen, autoambulanţă încălzită. Continuare tratament, indicaţie de rezolvare chirurgicală a stenozei mitrale (comisurotomie sau preferabil protezare valvulară).

INSUFICIENŢA ŞI BOALA MITRALĂ

E.P.A. — prin insuficienţă ventriculară stîngă ±baraj mitral.

Tablou similar.

Debut adesea nocturn, sau în circumstanţe ce încarcă brusc circulaţia pulmonară (masă copioasă, perfuzii, raport sexual, pneumopatie acută etc.).

Obiectiv la examenul cordului — suflu sistolic±uruitură diastolică, ritm de galop apexian, tahicardie, puls alternant.

Tratament: 1) Oxigenoterapie+Antispumant. 2) Diuretic drastic-Furosemid — i.v. 3) Sîngerare rapidă cînd T.A. ne permite, sau „sîngerare fără sînge" (garouri la rădăcina membrelor inferioare). 4) Hidromorfon+Atropina. 5) Strofantina 0,25 mg i.v. f. lent, asociată cu Miofilin. Tot atît de indicat, în prezenţa fibrilaţiei atriale: Digoxin 1 fiolă a 0,25 mg i.v. Internare pentru continuarea tratamentului şi eventual trimitere pentru protezare.

Scanned with OKEN Scanner

INSUFICIENȚA AORTICĂ

E.P.A. — apanajul formelor severe, cu mare regurgitare diastolică, sau în stadii tardive prin progresiunea aterosclerozei coronariene, I.A. luetică, sau I.A. complicată cu grefă bacteriană.

Apariție deseori nocturnă ca *formă manifestă* (acută sau supra-acută) sau moderată — criză de **Astm cardiac nocturn (Dispnee paroxistică-nocturnă).** În forme severe: angor paradispneic nocturn, sau *crize diaforetice.*

Obiectiv: același tablou pulmonar (echivalențe de E.P.A.). La cord: T.A. cu diferențială mare; în acces T. maximă poate fi foarte mare (de exemplu, 200/40 sau 180/20, puls caracteristic, bondisant, adesea alternant).

Tratament imediat — vezi schema **Insuficiența mitrală.**

Internare în vederea investigațiilor pentru tratamentul grefei sau tratament antiluetic, pentru rezolvarea chirurgicală.

STENOZA AORTICĂ

E.P.A. — apariția lui este semn de prognostic foarte sever.

Deseori criza de dispnee se însoțește de durere anginoasă — apariție la efort. Uneori crize sincopale asociate; semnificativ pentru stenoze strînse sau complicate cu cardiopatie ischemică. În forme severe anatomic: angor paradispneic nocturn.

Obiectiv: suflu sistolic aspru, rugos, în focarul aortic, propagat în vasele gîtului.

Tratament imediat: 1) Oxigenoterapie+Antispumante. 2) Strofantină+Miofilin i.v. Se poate administra i.v. cînd avem la dispoziție: 3) Intensain (Carbocromen) — 40 mg i.v. f. lent. 4) Mialgin±Atropină — fiole a 100 mg i.m., sau Hidromorfon (Dilauden)+Atropină.

Sîngerarea și diureticul nu sînt de indicații categorice, decît dacă, după primele măsuri, semnele clinice de E.P.A. persistă.

Transport la spital pentru investigații. Este necesară intervenția de protezare cît mai grabnic.

Măsuri profilactice ale E.P.A. — pentru bolnavul rămas la domiciliu sau în perioada postspital: — evitarea eforturilor și frigului; — regim sărac în sare, mese cantitativ reduse (îndeosebi seara); — suprimarea medicamentelor conținînd Na (bicarbonat de Na, salicilat de Na etc.); — tratament tonicardiac și diuretic de întreținere; — rezolvarea chirurgicală în timp util a leziunilor valvulare; — tratament tranchilizant și sedativ pentru a combate componența nevrotică, hiperkinetică, favorizantă a E.P.A.

Scanned with OKEN Scanner

1.1.2. TULBURĂRILE DE RITM

Fibrilația atrială — cea mai comună aritmie pentru valvulopatiile mitrale ; foarte rar în cele aortice. *Constituie urgență* numai în *forma sa paroxistică.*

Palpitații, eventual dispnee±dureri precordiale±iminențe sincopale (în stenoza mitrală strînsă, foarte rar în stenoza aortică — mai ales la vîrstnici). Hepatalgii posibile în crizele prelungite (hipodiastolie acută). Colaps cardiogen în formele cu alură rapidă și durată prelungită. Efortul, emoțiile, excitantele de uz comun (alcool, cafea, tutun) pot favoriza paroxismele de fibrilație.

Obiectiv — tahiaritmie cu frecvența centrală 120—160/minut, cu deficit important de puls, T.A. scade. Manevrele de excitație vagală (M.E.V.) — nu influențează aritmia.

EKG — precizează diagnosticul și elementele de suferință miocardică asociată.

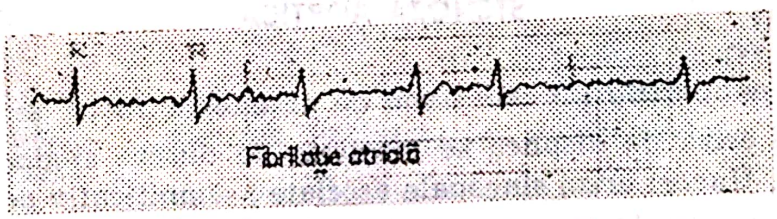


Fig. 1. EKG. Fibrilația atrială : absența undei P, existența undelor f. foarte inegale, neregulate, inegalitatea intervalelor R—R.

EKG — poate tranșa diagnosticul diferențial cu :

— Flutter atrial (Fl.A) cu blocaj a-v variabil.

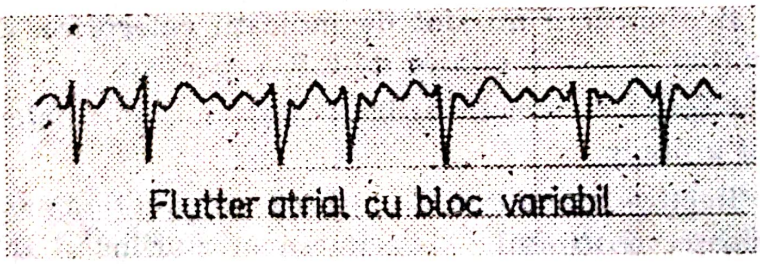


Fig. 2. EKG. Flutter atrial cu blocaj variabil. Se remarcă ondulații mari ale traseului, exprimînd unde P de flutter cu variabilitatea răspunsului ventricular (2/1 — 4/1 — 2/1 — 3/1 — etc). Clinic — aritmie completă care se confundă cu fibrilația atrială.

Scanned with OKEN Scanner

— Tahicardie paroxistică supraventriculară (T.P.S.V.).

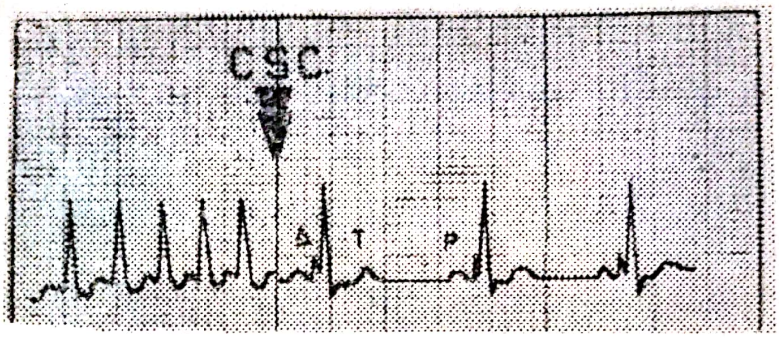


Fig. 3. EKG. Tahicardie paroxistică supraventriculară cu cadență foarte rapidă (200/minut). Complexe QRS — subțiri. Efectul prompt al compresiunii sinocarotidiene (C.S.C.) care demască în traseul de fond un sindrom W.P.W.

De subliniat că la frecvențe mari, depășind 160—180/minut, fibulația este dificilă de sesizat clinic.

— Tahicardia paroxistică ventriculară (T.P.V.).

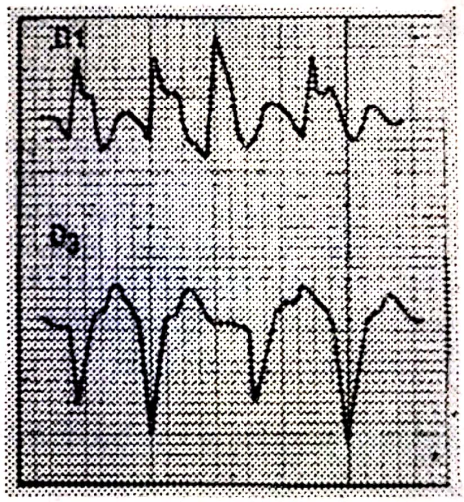


Fig. 4. Tahicardie ventriculară cu alternanță electrică — deformări importante ale complexelor QRS.

— Aritmie de semnificație foarte severă.

Pentru diagnosticul diferențial clinic, manevrele de excitație vagală (M.E.V.) sînt foarte utile, astfel: T.P.S.V.=deseori cedează, uneori însă nu. Fl.A.=își modifică brusc frecvența în timpul M.E.V., dar nu cedează. T.P.V.=nu cedează.

Valvulopatiile decompensate, aflate *sub tratament digitalic* pot prezenta unele aritmii rapide corelate cu toxicitatea digitalică:

Scanned with OKEN Scanner

— Disociația A.V. de tip izoritmic

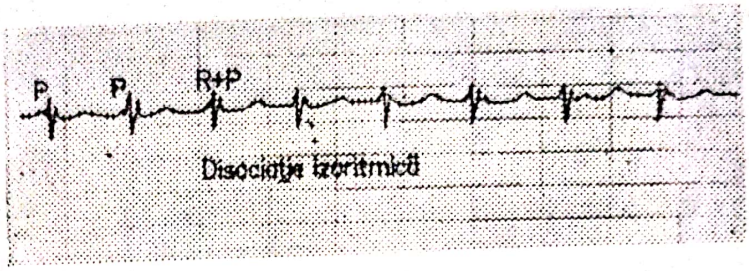


Fig. 5. EKG. Disociație joncțională de tip izoritmic. Frecvența atrială este aproximativ egală, deși independentă de cea ventriculară, dictată de ritmul joncțional accelerat; aritmie toxică digitalică, severă.

— Disociația A.V. cu interferență.

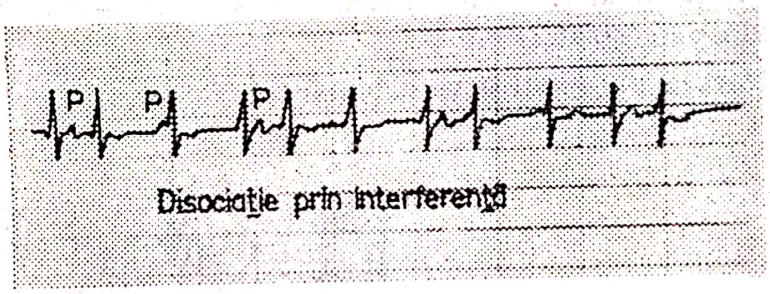


Fig. 6. Disociație joncțională prin interferență. Ritmul atrial și ventricular dictat de centrul nodal sînt cvasiegale, dar din loc în loc un stimul atrial este condus (P—R egale), realizînd „capturi ventriculare". Aritmie digitalică severă.

— Tahicardia atrială cu bloc A.V.

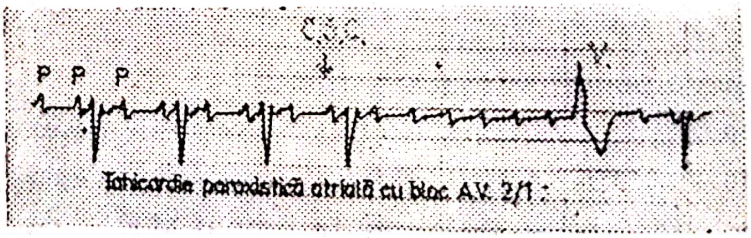


Fig. 7. EKG. Tahicardie paroxistică atrială cu bloc a — 2/1. C.S.C. mărește gradul de bloc și demască un focar parasistolic ventricular (V).

Scanned with OKEN Scanner

— Tahicardia ventriculară bidirecțională.

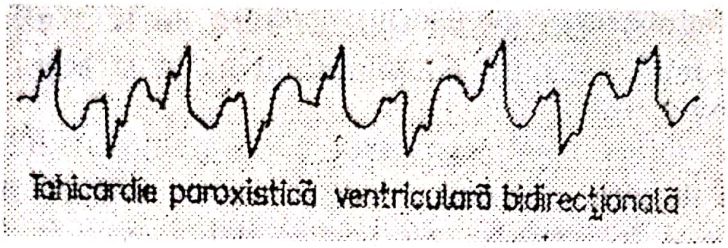


Fig. 8. EKG. Tahicardie ventriculară bidirecțională într-un caz grav de intoxicație digitalică. Depolarizarea ventriculară se face alternant, cînd dintr-un ventricul, cînd din celălalt. Aritmie de prognostic infaust.

Tratament imediat: Fibrilația atrială paroxistică — ideală este Electroconversia, după unele măsuri pregătitoare: 1) **Indicația corectă** trebuie să excludă: — fibrilații la vîrste înaintate; — cardiomegalia; — stări infecțioase în activitate; — diateze hemoragice diverse. 2) **Premedicația:** — Heparină 100 mg i.v.; — Fenitoin+Propranolol+Hidroxizin.

După 2—3 ore de la această pregătire: — Oxigenoterapie — cu mască (asistentul asigură și libertatea căilor aeriene superioare, prin ridicarea mandibulei, după scoaterea eventualelor proteze dentare mobile); — Atropină 1 mg i.v. foarte lent; — Narcoză — ușoară, supravegheată continuu cu Pentothal, monitorizînd respirația și EKG; — Electroconversia, utilizînd un aparat sincronizat pe ultima deflexiune negativă a complexului QRS.

În practică, la dispensar sau domiciliul bolnavului, se procedează astfel — Digoxin — 1 fiolă a 0,25 mg sau — Lanatozid C — 1 fiolă a 0,4 mg — f. lent, inj. i.v., după care se pot repeta manevre de excitare vagală.

Administrarea de Fenitoin o recomandăm în doză de 400 mg (4 tablete/zi) și asociem, cînd nu există contraindicații, cu *beta-blocanți*: Propranolol 60—80 mg și un tranchilizant, avînd și efecte antiaritmice, ca Hidroxizin — sinonim Atarax — tablete a 25 mg sau fiole a 100 mg i.m. sau i.v.

Propunem o formulă originală, care ne-a oferit satisfacții deosebite în ultimii 4 ani, în controlul terapeutic al aritmiilor — am numit-o Euritmin (Stanciu și col.): Rp./Chinidină sulf. 0,15 g, Fenitoin 0,10 g, Papaverină 0,03 g, Propranolol 0,01 g, Hidroxizin 0,005 g.
pt. un *caşet* asemenea Nr. ...
D.s. int. 2—3 caşete la zi.

Scanned with OKEN Scanner

Atenție ! La apariția aritmiilor digitalice : — suprimarea pe 2—3 zile a Digitalei, — administrarea de Difenilhidantoină : Fenitoin — 3 tablete/zi, — administrarea de potasiu (Clorură de K 2 g/zi).

Rezultate bune se obțin cu aspartatul de K și Mg : Tromkardin (R.F.G.), Panangin (R.P.U.).

Nu se va aplica Electroconversia niciodată în aritmiile digitalice.

Tulburări de ritm ventricular pot apărea în oricare din valvulopatiile amintite, mai frecvent în cele aortice și îndeosebi în forme severe, hemodinamice sau decompensate, cu sau fără tratament digitalic.

Extrasistolia ventriculară — poate fi o aritmie banală, dar, poate avea *indicii de gravitate* ca : a) apariția după efort ; b) incidență mai mare de 5 Ex.V. pe minut ; c) apariția sistematizată (Bi-Tri-Quadrigeminism) ; d) apariția *în salve* ; e) polimorfism EKG, în cadrul aceleiași derivații ; f) apariție foarte prematură : fenomenul R/T.

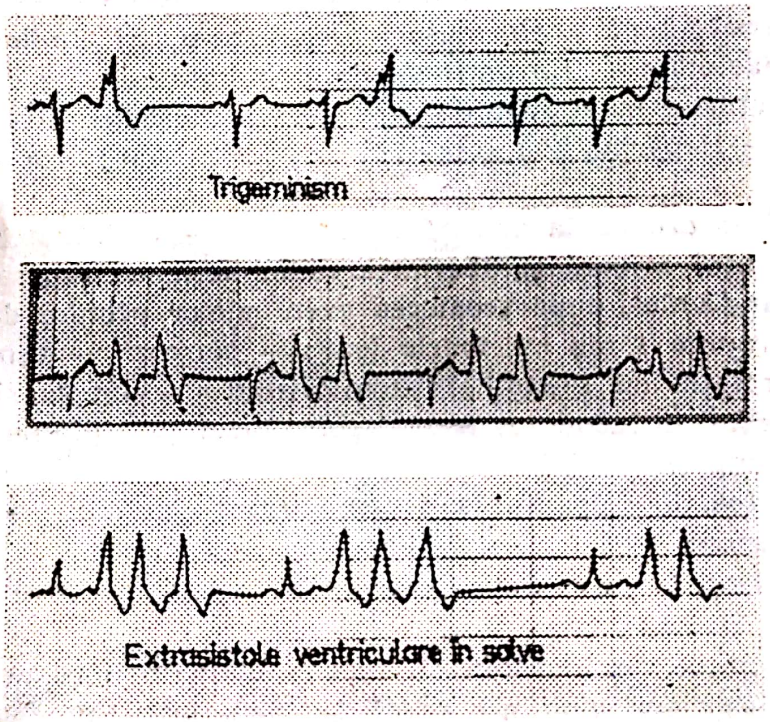


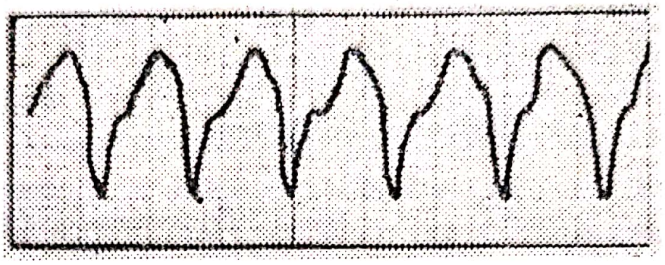
Fig. 9. EKG. Extrasistole ventriculare sistematizate :
a. *Trigeminism ;* b. *Ritm trigeminat ;*
c. Ex. V. „în salve".

Tratament de elecție în Ex.V. (cu semne de gravitate) : Xilină — 2—300 mg în perfuzie lentă i.v. (în glucoză 5%), 3—400 mg i.m. de 3—4 ori în 24 ore. Se poate asocia : Hidroxizină — tablete a 25 mg, 2—3 pe zi. În caz de toxicitate digitalică : suprimarea Digitalei. — Fenitoin — 3—400 mg în tablete per os. — K — Clorură K — sau Aspartat K și Mg.

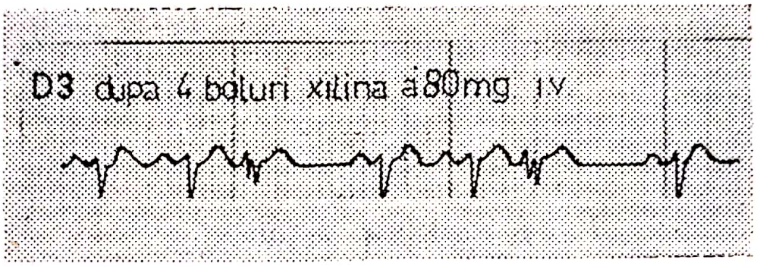
Scanned with OKEN Scanner

Tahicardia paroxistică ventriculară

Aritmie de gravitate excepţională totdeauna.



a



b

Fig. 10. a. *Tahicardie paroxistică ventriculară ;* b. *Efectul util al Xilinei i.v. „în bol".*

Tratament imediat : a) Xilină — 80—100 mg *în bol* i.v., urmată de perfuzie lentă de 2—300 mg. Profilactic, Xilină 3—400 mg×3 la 24 ore, i.m. sau perfuzie. b) Procainamidă (Pronestyl) — practic înlocuită, azi, de Xilină — inj. i.v. foarte lent, 1 ml/min., cu supravegherea : — respiraţiei ; — T.A. ; — ritmului cardiac. În aritmiile rapide digitalice : Difenilhidantoina injectabilă : Dilantin, Phenidan fiole a 250 mg f. lent i.v. (sub strictă supraveghere clinică şi EKG). Fibrilaţia ventriculară — resuscitare cardiorespiratorie : respiraţie gură la gură, masaj cardiac extern, inj. i. cardiacă. **Ideal** — Electroşocul — nesincronizat.

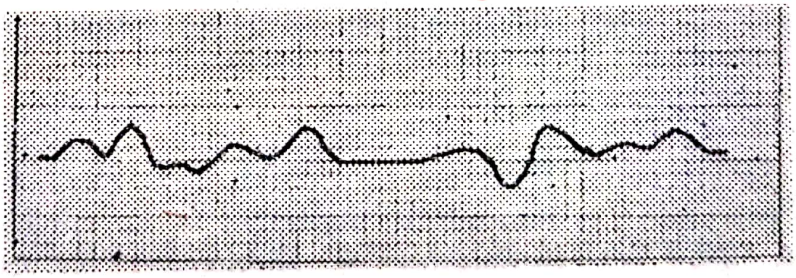


Fig. 11. Traseu EKG de fibrilaţie ventriculară (manevre de resuscitare ineficiente).

Tulburări de conducere — pot apărea în cursul valvulopatiilor, îndeosebi în cele aortice, în stadiul decompensat, cu sau fără contribuţia

Scanned with OKEN Scanner

terapiei digitalice. Cele mai frecvente : Blocul A.V. gr. II și III. Gradul tulburării se verifică pe EKG.

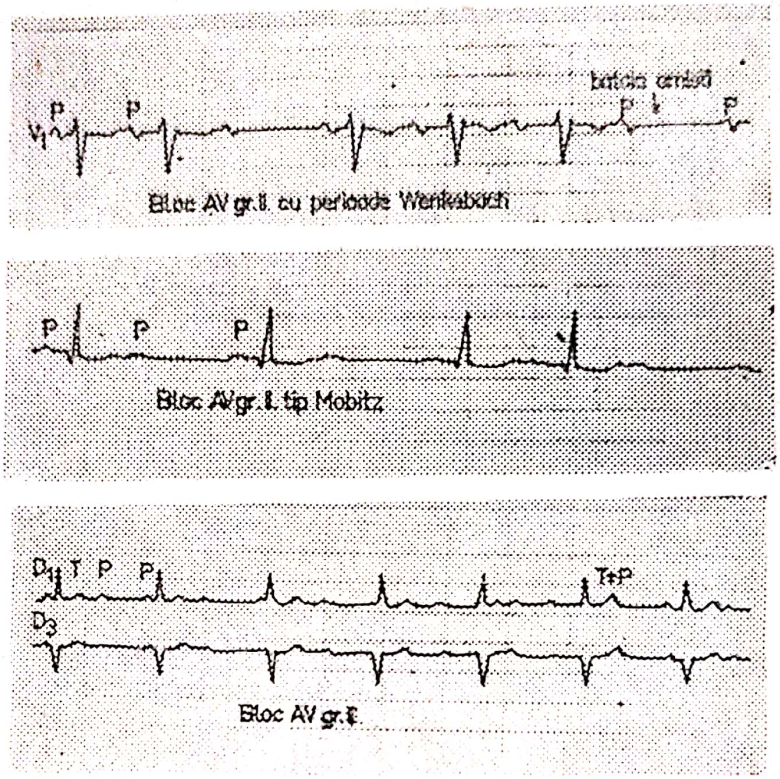


Fig. 12. a. *Bloc a—v grad II cu perioade Wenkebach (se remarcă alungirea progresivă P—R și „bătaia omisă") ;* b. *Bloc a—v grad II tip Mobitz (bloc sistematizat 2/1) ;* c. *Bloc a—v grad III — bloc total a—v (se remarcă independența absolută între ritmul atrial și cel ventricular).*

Prima măsură terapeutică : Atropină — 1 fiolă a 1 ml i.v.

Dacă există *cauze evidente* se intervine cauzal. a) **Recidiva de cardită reumatică :** — Corticoterapie perfuzabilă i.v. (Hemisuccinat H.C. — 150—200 mg) ; — Antibioterapia antistreptococică (Penicilină cristalină 2 400 000 U/zi). b) **Cardiopatia ischemică :** — Oxigen ; — Anticoagulante (se începe cu Heparina i.v. 100 mg) ; — Coronarodilatatoare (Persantin, Intensain). c) **Supradozaj digitalic :** — Suprimarea digitalei ; — Atropină și/sau beta-stimulatori — adrenergici (Izoproterenol) — Fenitoin.

Dacă cazul nu impune urgență, se continuă tratamentul cu Beta-stimulatoare adrenergice : Izoproterenol (Izuprel, Bronhodilatin), 3—4 tablete a 10 mg pe zi, sublingual. Preferabilă *internarea* pentru investigații paraclinice în dinamică și pentru tratamentul diferențiat.

Scanned with OKEN Scanner

1.1.3. ACCIDENTE EMBOLICE

Stenoza mitrală şi boala mitrală — maladie embolizantă prin excelenţă. Factorii favorizanţi ai *tromboembolismului* mitral sînt :

— ectazia şi staza+tromboză atrială stîngă ;

— fibrilaţia atrială alternînd cu ritm sinusal ;

— staza pulmonară cronică cu alteraţii ale endoteliului arterial+hipoxie+hipertensiune pulmonară+creşterea adezivităţii trombocitare+hipercoagulabilitate=*tromboză ;*

— medicaţie antiaritmică intempestivă.

1.1.3.1. ACCIDENTE EMBOLICE SISTEMICE

EMBOLIA CEREBRALĂ

Cefalee intensă, convulsii, uneori ictus (5% din cauzele de ictus). Bolnavul comatos sau deplin conştient. Debutul a fost brusc, uneori în cursul nopţii, uneori cu convulsii de tip epileptic. Coma, cînd există, se remite în cîteva ore. Cînd depăşeşte 48 de ore : prognostic grav. De asemenea, o respiraţie Cheyne-Stockes umbreşte prognosticul.

— **Obiectiv :** hemiplegie, deseori dreaptă+afazie ; Babinsky prezent de partea paralizată, absenţa reflexelor tendinoase.

Cînd leziunea valvulară nu e cunoscută, se pune problema : **Diagnosticului diferenţial :** — Hemoragia cerebrală (vezi), — Tromboza cerebrală (vezi), — Tumora cerebrală (vezi), — Abcesul cerebral (vezi).

Terapie de urgenţă imediată :

— Repaus absolut — alimentaţie lichidă cu linguriţa cînd bolnavul este conştient.

— Heparină, 100 mg i.v. f. lent, apoi continuă 50 mg din 4 în 4 ore.

— Antispastice şi sedative : — Papaverină — fiole a 0,04 g, i.v. foarte lent sau i.m. — Sulfat de Magneziu 25% i.v. foarte lent — Fenobarbital i.m. (în caz de agitaţie psihomotorie şi insomnie).

— Internare în spital.

— Riscul *recidivelor embolice* şi a altor localizări ale emboliilor este mare, ceea ce impune *permanentizarea terapiei anticoagulante.*

Principalele sindroame realizate de emboliile diverselor artere cerebrale (vezi Neurologie).

Scanned with OKEN Scanner

EMBOLIA ARTERIALĂ PERIFERICĂ

În ordinea frecvenței, arterele interesate : poplitеea, femorala, humerala, tibiala posterioară, iliaca, cubitala, aorta abdominală, radiala.

— Durere brutală, uneori atroce, paloare, eritroză de declivitate, tegumentele regiunii sînt reci, absența pulsului arterial, parestezii (uneori hiperestezie — alteori hipoestezie) — elemente caracteristice, la examenul clinic, pentru *insuficiență arterială acută.*

— Se stabilește diagnosticul diferențial cu **Tromboza arterială periferică** (vezi).

Atitudine terapeutică imediată

— Se evită aplicarea de căldură pe membrul ischemiat (eventual la rădăcina membrului).

— Se va împacheta în vată.

— Inj. i. arterială cu Heparină 100 mg, Papaverină (cînd accesul e posibil) 1—2 fiole a 0,04, Procaină sau Xilină 10—20 ml 1%, Fosfobion — 1—2 fiole.

— Cînd nu e accesibilă artera : *blocaj regional cu procaină* (exemplu : infiltrații ale simpaticului lombar).

— Bolnavul va fi *transportat de urgență pentru* Embolectomie într-un serviciu chirurgical, *în primele 6—8 ore de la debut* (în cazul *emboliilor trunchiurilor mari :* bifurcația de aortă, iliaca, femorala, axilara etc.).

EMBOLII VISCERALE

Embolia renală — în cadrul unora din *bolile embolizante* (infarctul renal).

— Durere brutală într-una din lombe, hematurie macroscopică, oligo-anurie (riscul insuficienței renale acute cu moarte în cîteva zile în embolia masivă a arterei renale cu infarct al întregului rinichi).

— Diagnostic diferențial dificil cu **Colică renală litiazică** (vezi).

— **Atitudine terapeutică imediată :**

Analgezice și antispastice : — Papaverină hidroclorică, fiole a 0,04 g i.v. — Scobutil Compus, fiolă i.v. — Blocaj cu Procaină 1% sau Xilină 1% a simpaticului lombar. — Algocalmin 1—2 fiole sau, cînd nu cedează durerea, Mialgin.

— În maladii embolizante se instituie tratamentul anticoagulant (inițiat cu Heparină).

— Internare în spital.

Scanned with OKEN Scanner

Embolia splenică — mai frecvent în endocarditele bacteriene (infarctul splenic).

— Durere vie în hipocondrul stîng, cu apariţie bruscă, accentuată de mişcările respiratorii şi palpare (obiectiv: auscultaţia evidenţiază *frecături de* perisplenită).

Tratament: Analgezic — Algocalmin; — Mialgin.

Internare în vederea continuării investigaţiilor şi tratamentului anticoagulant (excepţie: **Endocardita bacteriană** — vezi).

Embolia mezenterică — accident rar, vezi şi **Tromboza mezenterică** (infarctul mezenteric).

— Durere violentă, stare de colaps, abdomen destins, *fără apărare*, vărsături, chiar hematemeză şi melenă, evoluţie în 10—12 ore spre ileus paralitic.

(Radioscopia abdominală=niveluri hidroaerice.)

— **Tratament:** Analgetice, Analeptice.

— Internare imediată în serviciu chirurgical.

— Riscul operator foarte important, prognostic sever.

1.1.3.2. TROMBOEMBOLISMUL PULMONAR

Infarctul pulmonar. În stenoza mitrală şi celelalte vicii mitrale favorizat de stază şi tendinţa trombofilică, mai rareori din circulaţia venoasă a cavei inferioare (în insuficienţa cardiacă cronică, obezitate, insuficienţa venoasă, imobilizare prelungită etc.).

— Junghi toracic, hemoptizii, dispnee, stare de colaps, ascensiune febrilă tardivă, tahicardie, hepatalgii, turgescenţă jugulară, galop xifoidian (**Cord pulmonar acut**); anxietatea este un semn clinic constant (uneori precede instalarea accidentului embolic). După 12—24 ore se dezvoltă un subicter, iar febra este în creştere.

Examenul obiectiv poate evidenţia o zonă de condensare pulmonară +sindrom lichidian pleural (hemotorax). **Paraclinic — Radiologic** — umbră triunghiulară cu vîrful spre hil — eventual opacitate lichidiană **EKG** — ischemie subepicardică în precordialele V_1—V_2—V_3.

Atitudine terapeutică imediată:

— Repaus strict la pat (semişezînd). — Analgezice: — Mialgin sau — Hidromorfon+Atropina, — Sedative ale tusei: Codenal.

— **Tratament anticoagulant:**

— Heparină 100 mg i.v. (şi continuă din 4—4 ore cîte 50 mg). — Oxigenoterapie.

— Cînd sînt evidente *semnele de şoc:* Perfuzii cu soluţii coloidale (Dextran 70, în sol. NaCl 1 000—1 500 ml). Izoproterenol (Izuprel — fiole a 0,2 mg — perfuzat lent i.v. (1/4—1 fiolă pe oră)).

Scanned with OKEN Scanner

Transport supravegheat, sub oxigen și perfuzie, în condiții de confort termic, la spital.

În leziunile valvulare embolizante, după externare, bolnavii vor fi supravegheați la domiciliu *cu tratament anticoagulant cronic* pentru profilaxia altor accidente tromboembolice.

Valvulopatiile aortice — realizează accidente embolice în cadrul unor grefe bacteriene (vezi **Endocardita bacteriană**).

Valvulopatiile tricuspide — vezi, de asemenea, **Endocardita bacteriană de cord drept.**

1.1.4. FEBRA LA VALVULARI

Nu pune probleme de urgență decît rareori, dar interpretarea și atitudinea medicului este bine să fie schematizate după cum urmează :

1.1.4.1. INFECȚII RESPIRATORII

Reprezintă o cauză comună de febră îndeosebi la mitrali cu stază pulmonară veche.

Nu trebuie neglijată posibilitatea grefării **Tuberculozei pulmonare**, pe fondul atît de prielnic dezvoltării microbiene a stazei pulmonare. Stenoza mitrală a fetelor tinere se complică uneori cu T.B.C. pulmonară. Tusea, slăbirea, transpirațiile nocturne, hemoptiziile etc., comune ambelor boli, creează dificultăți și întîrzierea precizării diagnosticului de T.B.C.

Atitudine imediată : — Control radiologic pulmonar. — Examene repetate de *spută pentru* B.K. — I.D.R. la tuberculină.

Tratament : Infecții banale : — Biseptol (sinonim : Septrin, Bactrim), 2—3 tablete/zi, 6—7 zile, sau — Cloramfenicol 1,5 g/zi (din 4—4 ore cîte 1 drajeu de 250 mg) sau — Ampicilină 1,5—2 g inj. i.m. sau oral, cîte 2 capsule a 250 mg, din 6 în 6 ore. În caz de alergie penicilinică : Eritromicină — 1,2—2 g/zi în 24 ore. Suspiciunea sau confirmarea T.B.C. pulmonar impune internarea imediată într-un serviciu de Ftiziologie.

1.1.4.2. TROMBOEMBOLISM PULMONAR

— Reprezintă o cauză de febră în stenozele mitrale strînse cu frecvente hemoptizii și agravarea progresivă a insuficienței respiratorii, cianoză și precipitarea decompensării inimii drepte.

Scanned with OKEN Scanner

O insuficiență cardiacă febrilă, cu sulfuri ce-și modifică dinamic caracterele stetacustice la nivelul focarului tricuspidian sau pulmonar și repetate infarcte pulmonare embolice trebuie suspectată de **Endocardită bacteriană de cord drept.** În astfel de situații se impune internarea imediată în spital.

Tromboembolismul pulmonar al mitralilor impune Tratament anticoagulant cronic.

Preventiv : Medicația antiagregantă trombocitară cu Aspirină (1 g pe zi), asociată cu Dipiridamol (Persantin) constituie o indicație utilă.

1.1.4.3. RECIDIVA REUMATICĂ

— Cele mai deseori este subclinică. Subfebrilități și o decompensare ireductibilă la valvulopatii, aparent stabilizate și uneori fără consecințe hemodinamice prea severe, trebuie să impună suspiciunea de evolutivitate reumatismală.

O insuficiență cardiacă febrilă severă însoțește puseul de **Reumatism cardiac malign** al copilului.

— Se vor verifica probele biologice și EKG pentru atestarea **evolutivității** infecției reumatice.

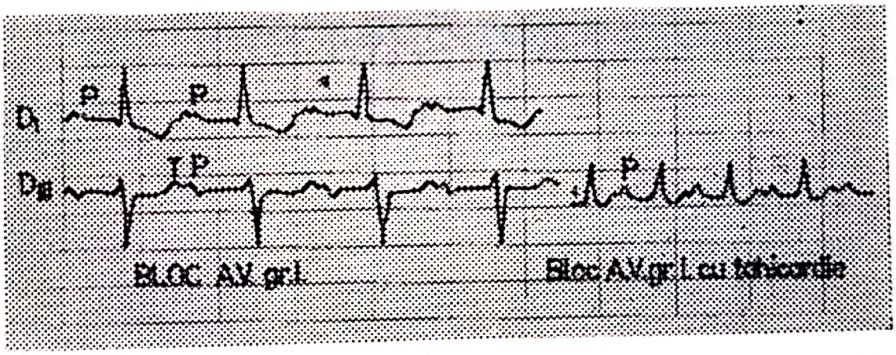


Fig. 13. Bloc a—v grad I pe ritm mai bradicardic la un mitroaortic cu recidivă de cardită reumatică. Alături bloc a—v gradul I cu tahicardie (efect digitalic).

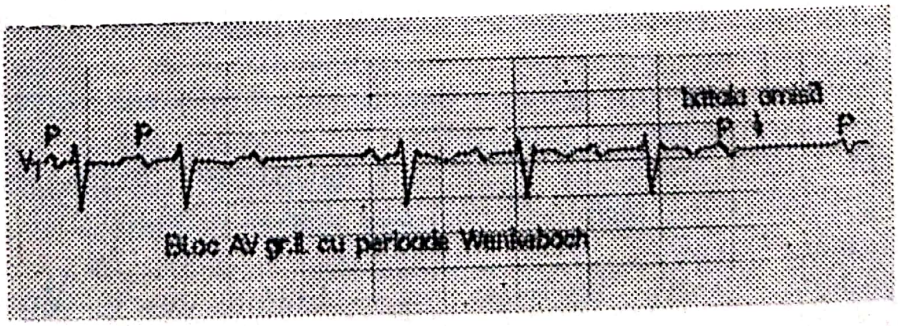


Fig. 14. Bloc a—v grad II cu perioade Wenkebach.

— Internarea în spital se impune. După externare — dispensarizarea cu tratament de întreţinere : antibiotic şi antireumatic.

1.1.4.4. ENDOCARDITA BACTERIANĂ

— Prinde cu precădere valvulele aortice (insuficienţă aortică), iar la mitrală, insuficienţa mitrală.

— Medicul este consultat pentru o insuficienţă cardiacă febrilă, la o leziune valvulară cunoscută, dar şi pe cord anterior indemn.

Accidente embolice sistemice şi cu elemente obiective : paloare, splenomegalie, urini hematurice sînt elemente ce permit suspiciunea de diagnostic.

Internarea imediată în spital în vederea hemoculturilor, antibiogramei, pentru o antibioterapie ţintită, intensivă, durabilă şi riguros controlată clinic şi paraclinic, timp de 4—6 săptămîni.

— După externare — *asanarea focarelor* de infecţii dentare şi amigdaliene, urogenitale etc., — *sub protecţie de antibiotic* (3 600 000 U Penicilină pe zi şi 1 g Streptomicină pe zi), în preziua, ziua şi 5 zile după manevra terapeutică pe focar.

O insuficienţă cardiacă severă la o **Stenoză mitrală strînsă**, cu febră şi repetate embolii sistemice, modificări stetacustice ale ritmului mitral, fibrilaţie atrială cu alură rapidă, tahicardie cu tendinţa la tulburări trofice ale extremităţilor şi uneori ale lobulilor urechii şi vîrfului nasului, ne permite suspiciunea de **Tromboză atrială.** („**Sindromul de mare atriu stîng** — Donzelot şi Kaufmann").

Evoluţia se face spre agravarea cianozei, colaps cardiogen, moarte subită.

— **Tratament imediat** — Heparină 100 mg i.v., — Oxigenoterapie. Internare de urgenţă în spital.

1.1.4.5. INFECŢII URINARE

— Cauză frecventă de sindrom febril la cardiaci, îndeosebi la femei şi la vîrstnici, după îndelungat repaus la pat, constipaţie tenace sau cateterisme vezicale.

— Febră cu frisoane, polakiurie, disurie, dureri colicative lombare cu iradiere spre hipogastru, urini tulburi.

— Un examen de urină evidenţiază leucociturie, bacteriurie, puroi, uneori şi albumină (bacteriologic : cel mai adesea colibacilul).

Tratament imediat :

— Biseptol (Septrin, Bactrim) sau — Sulfametin, — Urodezinfectante (conţinînd urotropină, salol, albastru de metilen). — Antispastice :

Scanned with OKEN Scanner

— Scobutil (sau Scobutil compus), — Lizadon (de preferat în supozitoare). Cînd există semne de rezistență, se indică internarea în spital pentru Antibioterapie țintită pe bază de Antibiogramă.

1.1.4.6. TROMBOFLEBITA DE IMOBILIZARE

La cardiopații decompensați, imobilizați mult timp la pat. Medicul este consultat pentru febră, dureri într-un molet, edem al membrului, uneori cordonul flebitic vizibil și palpabil, foarte dureros. *Atenție !* — Riscul emboliei pulmonare.

— **Atitudine imediată :** Heparina 100 mg i.v., apoi din 4—4 ore cîte 50 mg. Cînd durerea și inflamația locală sînt importante se asociază : Fenilbutazon în supozitoare (2 la zi) sau drajeuri 3—4 la zi ; eventual și unguent de Fenilbutazon sau Lasonil. Se vor face masaje blînde cu astfel de unguente și mobilizarea activă, progresivă. — Dacă am indicat internarea, vom prelua bolnavul după externare pentru *Tratament anticoagulant cronic* — cu anticoagulante cumarinice : Trombostop (Syncumar). — Vom evita asocierea Trombostopului cu antiinflamatorii nesteroide — Fenilbutazon, Indometacin etc., existînd *riscul hemoragic*. Se poate menține administrarea externă, locală a acestor antiinflamatorii.

1.1.4.7. FEBRA ALERGICĂ MEDICAMENTOASĂ

Se poate întîlni ca *manifestare acută* tip **„Boala serului"**, cu apariție la aproximativ 10 zile după administrare de : Penicilină, Difenilhidantoină, Sulfamide, Arsenicale, Barbiturice, Thiouree etc.

Medicul este consultat pentru : frisoane, febră înaltă, grețuri, anorexie, diaree, artralgii. De la caz la caz se pot adăuga : dispnee acută inspiratorie cu bradipnee, tiraj și cornaj prin edem glotic, eritem nodos, eritrodermie, rinită, crize de astm, poliadenopatie.

Tratament imediat : — Suprimarea medicamentului suspect. — Hidrocortizon hemisuccinat 100 mg i.v. lent, urmat de perfuzie 200 mg în 250 ml glucoză 5%. — Calciu clorat 10% foarte lent i.v. (a se evita la bolnavii digitalizați). — Antihistaminice — Romergan, — Feniramin. Sub aceste îngrijiri imediate, bolnavul este internat în spital.

Alergia medicamentoasă poate realiza *sindrom febril prelungit* în cursul tratamentelor de durată — toleranță relativ bună. Este necesar să ne gîndim la aceasta cînd elementele clinico-biologice nu justifică persistența febrei. Suprimarea tratamentelor medicamentoase suspecte + corticoterapie (Prednison — 20—30 mg în 24 ore), eventual antihistaminice, rezolvă favorabil asemenea cazuri.

Scanned with OKEN Scanner

1.1.4.8. SINDROAME IMUNOLOGICE

Sindromul postcomisurotomic (postpericardotomic, posttoracotomic). Bolnavul se prezintă pentru dureri toracice, febră înaltă, frecături pericardice sau pleuro-pericardice, sau chiar revărsat pleuropericardic. Intervenția chirurgicală a avut loc cu 2—3 săptămîni, pînă la 3 luni înainte (se citează și forme tardive, după 1—2 ani și, mai ales, forme recidivate de mai multe ori). Este dificil diagnosticul diferențial cu o recidivă de reumatism cardio-articular, favorizată de stressul operator.

Tratament imediat: Corticoterapie (se poate începe cu Hidrocortizon Hemisuccinat — 150—200 mg în perfuzie lentă, se continuă cu Prednison 30—40 mg/zi, 7—8 zile, reducîndu-se apoi treptat dozele și putînd face releul cu Aspirină 3 g/zi, sau Indometacin, sau Fenilbutazonă — supozitoare sau oral. Asocierea externă locală de unguente antiinflamatorii: Lasonil sau Fenilbutazonă. Recidivele beneficiază de aceeași formulă terapeutică. Internarea este necesară pentru investigații paraclinice necesare diagnosticului și urmăririi terapiei aplicate. Interpretarea ca accident autoimun se datorește evidențierii unui titru mare de autoanticorpi antimiocard în sînge și negativarea lor sub corticoterapie, ca și răspunsul prompt al elementului clinico-biologic. Mecanismul este similar cu cel al **Sindromului postinfarct** (**Dressler** — vezi).

1.1.5. ANGINA PECTORALĂ ÎN VALVULOPATII

Valvulopatiile severe de tipul **Stenozei aortice** sau **Stenozei mitrale strînse**, uneori **Insuficiența aortică largă**, se pot însoți de crize tipice de angor de efort, alteori, mai ales în formele severe de **Insuficiență aortică**, putînd apărea chiar **Angor nocturn** sau **Angor paradispneic** (veritabilă formă mascată de **Edem pulmonar acut**). Forme clinice de prognostic foarte grav.

Tratament imediat: — Nitroglicerină — sublingual 1—2 tablete a 0,5 mg, sau Isoket (isosorbid dinitrat) — tablete a 5—10 mg. Beta-blocante — Propranolol — 1—2 tablete a 0,040 g/zi. În angorul paradispneic se asociază: Furosemid 1—2 fiole i.v., uneori Strofantină±Miofilin i.v. (extrem de lent). Este necesară internarea pentru investigații paraclinice, în vederea trimiterii cît mai grabnice pentru protezare chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

1.1.6. SINCOPA ÎN VALVULOPATII

În **Stenoza aortică strînsă** şi, mai rar, în **Stenozele mitrale severe** şi excepţional în **Mixomul atrial stîng.**

De obicei se asociază *angina de efort* — ceea ce întunecă prognosticul unor atari valvulopatii. Diagnostic diferenţial între stenoza aortică şi stenoza mitrală se rezolvă clinic şi EKG.

S.A. clinic : suflu sistolic aspru rugos în focarul aortic propagat în vasele gîtului, EKG=H.V.S.

S.M. clinic . ritmul mitral tipic — uruitură diastolică cu întărire presistolică, ritm în 3 timpi cu accentuarea S_1 la vîrf, S_2 accentuat şi dedublat la pulmonară, EKG=H.V.D.

Atitudine de urgenţă : repaus strict la pat, cu capul uşor coborît. Îndrumare la spital, sub supraveghere, în vederea soluţionării chirurgicale cît mai grabnice.

Mixomul atrial — este suspectat cînd bolnavul face sincope la trecerea bruscă de la clinostatism la ortostatism (aici apar şi modificări stetacustice ale suflurilor cardiace).

Soluţia e tot operatorie.

Dificultăţi de diagnostic diferenţial le pun : — Miocardopatia obstructivă (stenoza subaortică — vezi) — Hipertensiunea pulmonară primitivă (vezi), — Sindromul de „furt subclavicular" (vezi), — Insuficienţă vertebro-bazilara (vezi), — Sindromul de sinus carotidian (vezi), — „Eclipsa cerebrală" (vezi).

1.2. CARDIOPATIA ISCHEMICĂ

1.2.1. ANGINA PECTORALĂ

(Angor de efort „de novo" sau angor stabil)

ANGINA DE EFORT

Bolnavul ne consultă pentru o *angină de efort* (fizic, stress psihic, sexual, digestiv). Durere tipică retrosternală cu iradiere în umărul stîng sau în regiunea cervicală, în mandibulă, în ceafă. Anxietate pînă la „senzaţia morţii iminente". Durata durerii : 2—3 minute, pînă la maximum 10 minute. Dispariţia durerii la Nitroglicerină în 2—3 minute.

Scanned with OKEN Scanner

Atipii posibile în *declanşarea durerii* : angor intricat (vertebral, digestiv etc.), în *intensitatea* durerii, în *propagarea* durerii (de luat în considerare : *iradierea epigastrică* mimînd un abdomen acut).

Dificultăţi foarte mari ne creează **Durerile „amputate"** (perceptibile numai în locul de propagare şi nu precordial).

Obligativitatea EKG — deşi 30% nu prezintă alteraţii nici în acces, iar în afară pînă la 65%, de asemenea, fără modificări caracteristice (ischemo-lezionale).

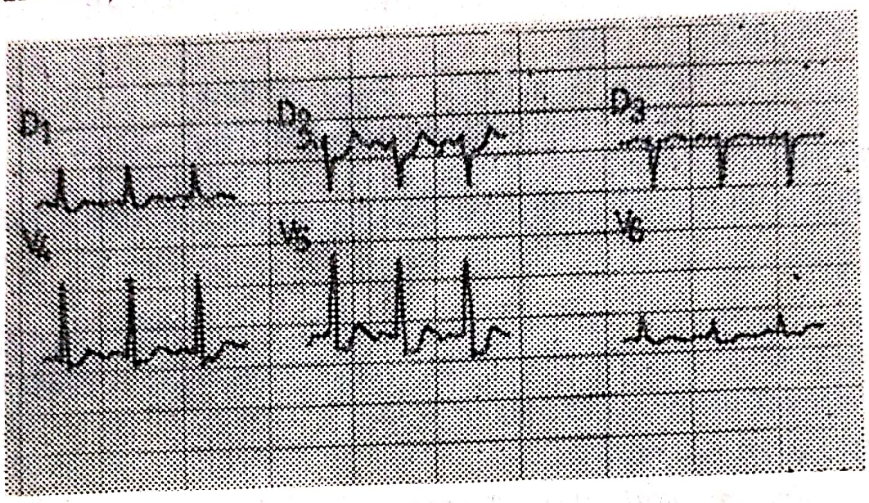


Fig. 15. EKG în cursul unei crize anginoase de efort (testare ergometrică la covor rulant). În D.II, V_4, V_5= =ischemie — leziune subendocardiacă.

Atitudinea imediată : repaus la pat sau fotoliu. — Nitroglicerină, tablete a 0,5 mg sublingual sau — Nitrit de amil, 2—3 picături pe batistă — de inhalat.

Asociere foarte utilă : — Beta-blocanţi : Propranolol (Inderal) 0,040 g ori 2 la zi, sau după posibilităţi : Trasicor — „Ciba", Visken — „Sandoz".

Pentru *prevenirea crizei anginoase* se indică Nitroglicerină sublingual, înaintea situaţiei ce poate provoca crize : efort fizic, emoţie, contactul cu frigul, raport sexual etc. („avant franchir l'obstacle").

Tratamentul cu beta-blocanţi adrenergici „à la long" constituie o măsură profilactică, fiziopatologică, deosebit de eficientă în prevenirea crizelor anginoase şi desigur şi în prevenirea infarctului miocardic şi a morţii subite coronariene. O formulă deosebit de utilă şi eficientă, îndeosebi pentru coronarienii normotensivi sau chiar hipotensivi, este preparatul românesc Distonocalm, drajeuri (cu efect beta-blocant şi vagolitic-sedativ). Bolnavii vor fi *dispensarizaţi*, pentru a se putea preveni alte accidente coronariene şi complicaţiile lor.

Scanned with OKEN Scanner

ANGINA DE DECUBIT

Obișnuita variantă : **Angon nocturn** este mai frecventă în următoarele *circumstanțe :*

I. Coexistența insuficienței cardiace stîngi — **Angon paradispneic nocturn** (Gallavardin).

II. Coronarian *hipertensiv.*

III. **Angor intricat** a) intricare *vertebro-coronariană* — în spondiloza cervicală sau cervicodorsală ; b) *intricare digestivă :* hernia hiatală, ulcer gastroduodenal, colecistopatie litiazică, pancreatita cronică.

IV. **Angor „tip Prinzmetal"** („angor cu orar fix").

Sîntem chemați în timpul nopții de bolnavi care relatează apariția unei crize dureroase retrosternale ± dispnee și anxietate extremă. Obișnuita Nitroglicerină ameliorează starea bolnavului. Bolnavul relatează sau nu crize de angină de efort, cedînd de asemenea la Nitroglicerină.

Intricarea vertebro-coronariană ne permite să remarcăm precesiunea algiilor vertebrale (cervicale sau toracice) față de criza anginoasă. Mobilizarea coloanei, prin ridicarea în decubit șezînd, ameliorează paralel atît vertebralgia cît și durerea anginoasă. (Este caracteristică durerea vertebrală de imobilizare nocturnă caracteristică spondilozelor și oricăror forme de reumatism degenerativ — artroze.)

Intricarea digestivă — cu hernia hiatală (vezi) cu Patologia biliopancreatică (vezi).

Tratament imediat : Nitroglicerină 0,5 mg sublingual sau Nitrit de amil — inhalarea 2—3 picături, pe batistă. Rezultate bune, în angorul de decubit, se obțin prin aplicarea pe regiunea precordială — cu ușor masaj — de Nitroglicerină 2% unguent 1—1,5 inches (Nitrol-Ointment), Intensain — fiole a 40 mg, foarte lent i.v.

Foarte apreciat : Izosorbiddinitrat (Isordil, Isoket) tablete sublingual, Stenoptin (asociere Isoptin+Isoket) 1—2 drajeuri (seara la culcare).

Asocieri utile : Beta-blocanți : — Propranolol (sinonime : Inderal, Dociton) sau : — Trasicor (Oxprenolol) sau : — Visken (Pindolol). Blocanți ai Ca^{++} : — Verapamil (Isoptin), — Nifedipin (Adalat, Corinfar).

Cînd *intricarea vertebrală* este evidentă vom asocia (cînd algia vertebrală este chinuitoare) : — Blocaj paravertebral cu Xilină 1%+Hidrocortizon acetat — 1 fiolă sau — Supozitor cu fenilbutazon sau alindor.

În caz de durere exagerată, Mialgin i.m. și transport supravegheat la spital.

— În caz de *intricare digestivă :* Preferată poziția în fotoliu, cînd suspectăm **Hernia hiatală** (persoană mai vîrstnică, mai adesea femeie, acuzînd dureri retrosternale, debutînd brusc în cursul nopții, ameliorate la ridicare din pat, însoțite de eructații și regurgitări, adesea cu antecedente de melenă).

Scanned with OKEN Scanner

Tratament imediat : Scobutil compus inj. i.v. foarte lent sau supozitor. În caz de simptomatologie moderată : — Lizadon — supozitor sau Scobutil — supozitor. Asocierea Nitroglicerinei este un adjuvant util. De asemenea, Tranchilizante : — Diazepam, — Hidroxizin, — Nitrazepam, sau Barbiturice : — Fenobarbital, — Ciclobarbital, vor permite un somn liniștitor, completînd efectul medicației anterioare.

Suspiciunea de **intricare bilio-pancreatică** este posibilă cînd preexistă o suferință cunoscută în această sferă (**Litiază biliară, Colecistopatii, Colici biliare, Pancreatită cronică** etc.).

Tratament : Atropină 1 mg i.v. f. lent (repetată subcutan după 1/2 h), Scobutil compus — 1 fiolă i.v. sau supozitor, Nitroglicerină — 0,5 mg sublingual.

Iată o formulă pe care o putem prescrie bolnavului după ameliorarea fenomenelor : Rp/Papaverină hidrocl. 0,06 g, Atropină sulf. 0,5 mg, Nitrit de sodiu 0,02 g, Luminal 0,03 g. Antipirină 0,50 g, Butir cacao q.s. pt. un supozitor. D.s. 2 ori 1 supozitor intrarectal zilnic (dimineața și seara la culcare).

Internarea bolnavului este obligatorie cînd acuzele nu cedează. **Controlul EKG** (cînd posedăm un aparat portativ ne permite să observăm următoarele alterații).

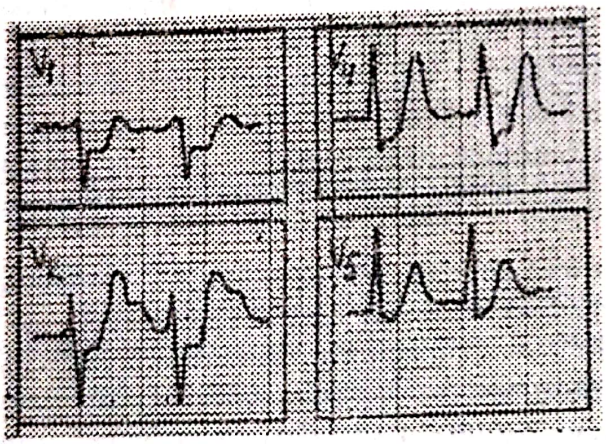


Fig. 16. EKG în cursul unei crize de angor nocturn.

ANGORUL DE „TIP PRINZMETAL" (ANGINA VARIABILĂ)

Bolnavul ne solicită pentru același tip de angor, de obicei nocturn *(precizînd că nu prezintă angină de efort)* ; uneori ne aflăm în fața crizei inaugurale. Durerea este intensă, însoțită de anxietate, tulburări vegetative (paloare, transpirații profuze). Durerea poate suferi oscilații în intensitate, putînd îmbrăca aspectul de **Rău anginos.** Adesea, *crizele sincopale* complică sindromul dureros, sau aritmii ventriculare, sau bloc atrio-ventricular (în cadrul așa-zisului **Sindrom vagoto-**

Scanned with OKEN Scanner

mic), (greţuri, vărsături, transpiraţii profuze, iminenţe lipotimice sau chiar stări sincopale).

Apariţia crizelor este posibilă şi ziua, dar de regulă „cu orar fix", în repaus în a doua jumătate a nopţii, la emoţii, şi există tendinţa la starea de *rău anginos.*

EKG — cînd e posibilă explorarea arată :

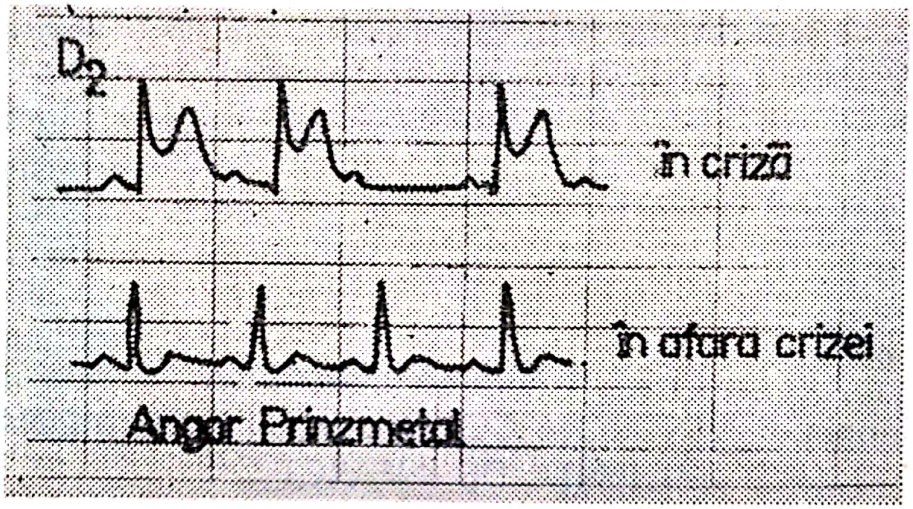


Fig. 17. EKG în cursul unei angine Prinzmetal şi în afara crizei.

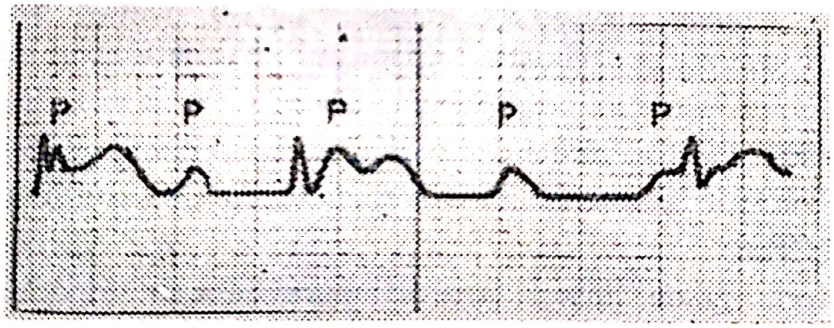


Fig. 18. EKG în angină Prinzmetal cu sindrom vagotonic şi bloc a—v gradul III.

Deoarece este dificilă diferenţierea de **Infarctul miocardic** la debut, şi deoarece Angorul Prinzmetal evoluează în perspectivă spre infarct sau moarte subită, *internarea bolnavului este obligatorie imediat.*

Tratamentul începe imediat, la domiciliul bolnavului : Oxigenoterapie, — Nitroglicerină — sublingual sau Nitrol unguent 2% (percutan răspuns parţial sau lipsă de răspuns), — Verapamil (Isoptin) — cînd avem la dispoziţie, — Mialgin i.m. (a se asocia cu Atropină mai ales în prezenţa semnelor de *sindrom vagotonic*).

Scanned with OKEN Scanner

Dacă sesizăm extrasistolele, chiar fără verificarea EKG, vom administra Xilină (Lidocainã) 100 mg foarte lent i.v. Dacă remarcăm un acces de tahicardie, vom administra Xilină (Lidocainã) 80—100 mg (brusc i.v. în „bol").

Este bine să facem *verificarea EKG* cînd aceasta e posibilă. Deoarece este dificilă diferenţierea de infarctul miocardic, este bine a se institui şi *terapia anticoagulantă* : Heparina — 100 mg — i.v. Administrăm un tranchilizant, de preferat injectabil, cînd bolnavul *este foarte anxios şi neliniştit* : Diazepam — 1 fiolă a 10 mg, inj. i.m. sau Hidroxizin (Atarax) — 1 fiolă a 100 mg inj. i.m. sau Levomepromazin — fiolă a 25 mg i.m. În condiţii de supraveghere atentă, confort termic şi oxigenoterapie, transportăm bolnavul la spital.

1.2.2. **ANGINA INSTABILĂ**
Sinonime : SINDROM CORONARIAN INTERMEDIAR, IMINENŢA DE INFARCT

Bolnavul, *de obicei un anginos cunoscut,* ne consultă pentru o criză dureroasă apărută nocturn — cel mai adesea, criză ce-l trezeşte din somn, cu sau fără dispnee, însoţită de anxietate („frica de moarte iminentă"), cu tulburări vegetative : paloare, transpiraţii ; Nitroglicerina nu are efect, sau ameliorarea este de scurtă durată, crizele dureroase se repetă, depăşesc în durată 10—15 minute ; alteori criza se prelungeşte 3—6 pînă la 12 ore, cu variaţii în intensitate dar pe fond dureros continuu (stare de RĂU ANGINOS).

Dispneea poate însoţi accesul agravîndu-se pînă la **Edem pulmonar acut.**

Putem întîlni tulburări de ritm sau conducere, suflu sistolic şi galop apexian, fenomene sincopale „eclipse cerebrale".

EKG, cînd e posibil, ne arată :

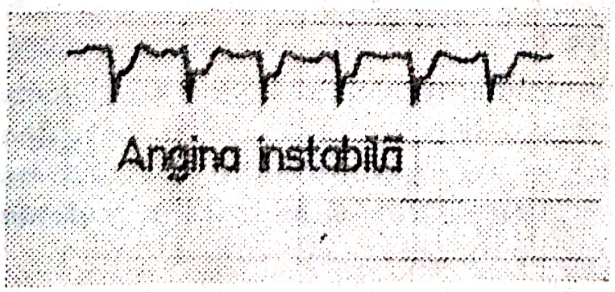


Fig. 19. EKG în cursul unei crize de angină instabilă (sindrom coronarian intermediar).

Scanned with OKEN Scanner

Atitudine imediată : Aceeaşi ca în INFARCTUL MIOCARDIC : — Oxigenoterapie, — Mialgin ± Atropină, — Heparină 100 mg i.v., — Nitroglicerină sublingual (chiar dacă nu ameliorează sindromul dureros, acţionează util în ameliorarea performanţelor ventriculului stîng). *Transportul imediat,* supravegheat, sub oxigen, la spital — serviciul de terapie intensivă.

1.2.3. INFARCTUL MIOCARDIC (I.M.)

Debutul poate apărea „ca din senin", la bolnavi fără antecedente coronariene sau, mai adesea, la coronarieni cunoscuţi cu angină de efort sau diversele variante anterioare de angor de decubit.

Debutul atipic este frecvent, îndeosebi *la vîrstnici :* — debut nedureros, mascat de una din complicaţiile caracteristice : — Tulburări de ritm f. variate, simple sau sincopale, — Bloc cardiac cu crize Adams-Stokes, — Edem pulmonar acut, — Şoc cardiogen, — Accident embolic, — Insuficienţă circulatorie cerebrală acută, — Tamponada inimii, — Moartea subită.

Vom aborda aceste accidente ca „semne revelatoare de I.M."

În forma comună de I.M. sîntem consultaţi pentru o durere sfîşietoare „în ghiară", retrosternală, însoţită de anxietate extremă, durere ce pare să fie „fără sfîrşit", durere iradiată în umărul şi braţul stîng, în regiunea cervicală, în mandibulă, în ceafă ; alteori iradierea se face în epigastru, însoţită fiind de greţuri, vărsături, chiar contractură musculară epigastrică, eventual oprirea tranzitului de fecale şi gaze. Alteori, din contră, fenomene de „eclipsă cerebrală" cu pierderea de urină şi fecale, sindrom convulsiv etc.

EKG, cînd e posibilă, ne arată :

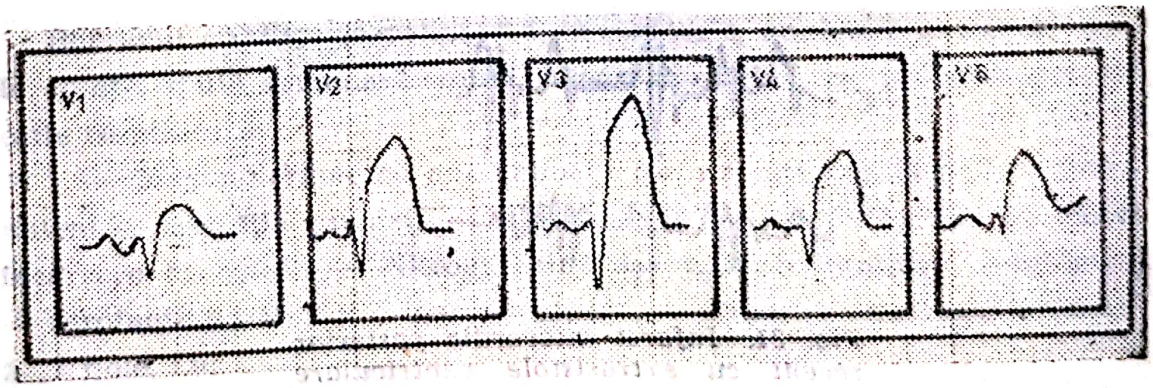


Fig. 20. a. *Infarct miocardic anterior întins, recent (undă monofazică în deriv. precordiale).*

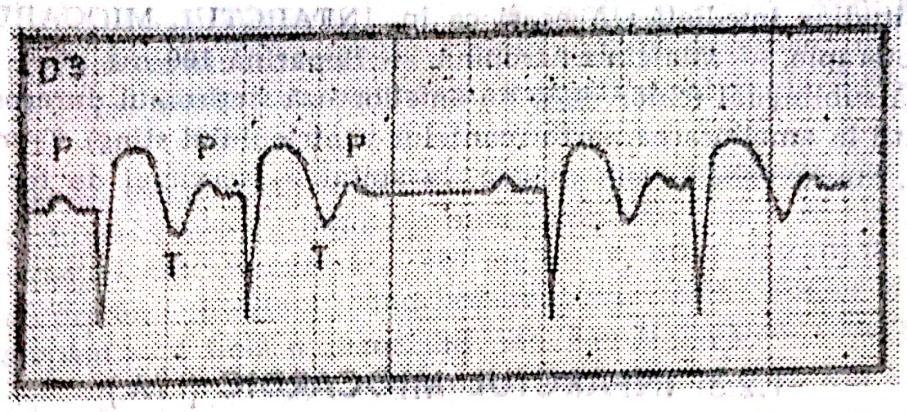


Fig. 20. b. Infarct miocardic posterior recent cu bloc a—v gr. II cu per. Wenkebach *(undă monofazică în D. III).*

Atitudine terapeutică imediată : — Oxigenoterapie, Sedarea durerii : — Mialgin sau Hidromorfon atropină, — Heparină — 100 mg i.v. — Abordarea terapeutică imediată și competentă a următoarelor Complicații imediate ce pot fi, fiecare în parte, sau asociate diverse modalități „mascate" de debut al I.M.

TULBURĂRI DE RITM SAU CONDUCERE (SIMPLE SAU SINCOPALE)

Extrasistole — izolate, sistematizate, grupate „în salve". În absența **EKG,** administrăm f. lent 100—150 mg Xilină lidocaină i.v. Rezultate bune se obțin cu Beta-blocante, sau vezi **Angorul nocturn.** Cînd e posibilă EKG putem întîlni :

Tahicardia paroxistică — cînd cunoaștem legătura cu infarctul, *manevrele de excitație vagală* (M.E.V.) sînt contraindicate *(riscul stopului cardiac ireversibil).*

Tratament cu Xilină sau cu Propranolol (inj. i.v., foarte lent).

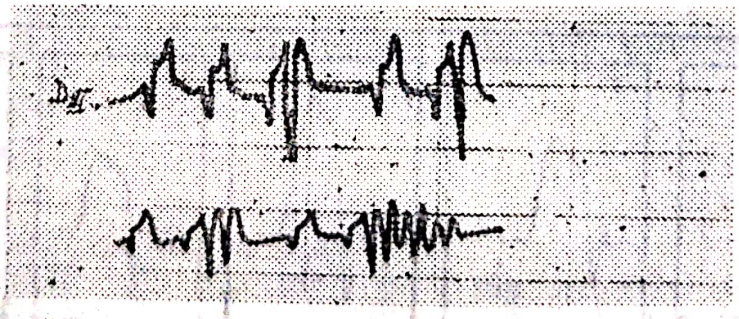


Fig. 21. Infarct miocardic posterior recent cu extrasistole ventriculare foarte premature (fenomen R/T) antrenînd un lambou scurt de fibrilație ventriculară.

Scanned with OKEN Scanner

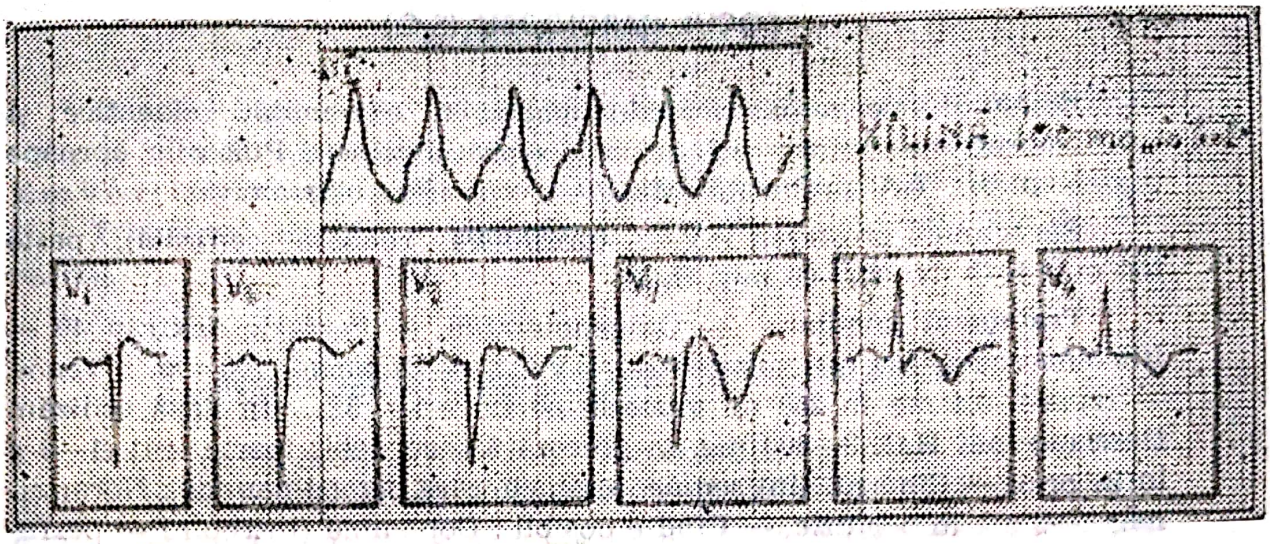


Fig. 22. Tahicardie ventriculară rezolvată cu 100 mg Xilină „în bol". Infarct miocardic anterior.

BLOCUL A.V. CU SINCOPĂ ADAMS-STOKES

Tratament imediat: — Atropină 1 mg, f. lent, i.v., eventual asociem: Bronhodilatin sublingual 1—2 tbl; urmărind necondiționat ritmul cardiac, morfologia ventriculogramei, eventuala apariție de *Extrasistolie ventriculară*, vom institui Xilină 3—400 mg i.m., sau în caz de urgență 100—150 mg foarte lent i.v.

Internarea imediată, cu posibilitatea **Electrostimulării tranzitorii**, pînă la implantarea unui **Pacemaker**.

EDEMUL PULMONAR ACUT (E.P.A.)

Bolnavul cu dispnee polipneică, inspiratorie, anxietate extremă, tuse în chinte, spută spumoasă rozată, uneori inundînd ca un adevărat val căile respiratorii.

— Oxigenoterapie cu antispumant (prin sonda nasală se face intermitent și aspirația spumei). — Hidromorfon — Atropină (cînd nu există încărcare bronșică). — Nitroglicerină sau Izosorbiddinitrat sublingual. — Strofantina±Miofilin, foarte lent, i.v., — Diuretic drastic: Furosemid 2—3 fiole, i.v.

(*Atenție!* — contraindicat în prezența șocului! — nu se face sîngerare!).

Scanned with OKEN Scanner

ŞOCUL CARDIOGEN (S.C.)

Bolnavul este neliniştit anxios, palid, cu extremităţi cianotice şi reci, transpiraţii profuze reci, dispnee, senzaţie de sete. Puls mic, aproape imperceptibil. T.A. prăbuşită (Mx. 70—80 mmHg), oligoanurie.

Paraclinic : *creşterea* P.V.C. (presiunea venoasă centrală), peste 150 mm H_2O (N=80—90 mm H_2O).

Tratament imediat : — Oxigenoterapie, — Perfuzie dextran 40 — Rheomacrodex 250 ml (sub control P.V.C.), — Heparină 100 mg. i. venos, — Izuprel 0,4 mg în 250 ml glucoză, perfuzie i.v. 5%. În lipsă utilizăm Hemisuccinat H.C. 3—500 mg, în glucoză 5% cu debit foarte lent (1—2 g în 24 ore). — Cînd nu sînt semne de ameliorare hemodinamică : Norartrinal, 4—8 mg în perfuzie. — Cînd e posibil : Dopamină (Intropin) — perfuzie f. lentă i.v., progresiv, de la 0,5 gama/kg/minut şi pînă la 10—15 gama/kg/minut sau, mai recent, Dobutamină (Dobutrex). — Subliniem rezultatele bune ale *vasodilatatoarelor :* — Nitroglicerină — sublingual, — Regitină — 10 mg f. lent i.v., — Nitroprusiat de Na.

La asocierea *fenomenelor de* E.P.A. — pe lîngă vasodilatatoare putem injecta f. lent i.v. : — Strofantină 0,25 mg sau — Digoxin 0,40 mg — f. bună toleranţă şi eficacitate : Lanitop (Betametil-Digoxina). De asemenea **Glucagon**, cînd îl avem, în perfuzie lentă i.v.

Dacă *şocul cardiogen* este întreţinut de *aritmii foarte rapide* se indică (dacă avem condiţii) : Electroconversia (vezi). Sub terapie deşocantă, atent supravegheat (autoambulanţă antişoc), se transportă bolnavul la spital.

TAMPONADA INIMII

O suspectăm în prezenţa unor semne de hipodiastolie acută : cianoză, turgescenţă a jugularelor, hepatomegalie rapidă extrem de dureroasă (poate mima un abdomen acut), dispnee, anxietate extremă, *matitate precordială mărită cu zgomote asurzite*, evoluţie rapidă spre moarte. Este vorba, de obicei, de ruptura inimii la nivelul unui infarct masiv transparietal sau la nivelul unui anevrism, secundar altui infarct mai vechi.

O formă mai puţin dramatică poate fi realizată de **Sindromul Dressler (Sindrom postinfarct miocardic** — vezi), cînd acesta realizează o pericardită cu abundenţă de revărsat.

In prima variantă — *tratament imposibil*, în a doua variantă *puncţie evacuatoare* de urgenţă cu inj. i. pericardică de Hidrocortizon acetat.

Scanned with OKEN Scanner

ACCIDENTE EMBOLICE

Sînt rar întîlnite la debutul infarctului ; ele apar în perioada de stare şi cu mult mai rar cînd bolnavul se află sub anticoagulante (vezi : **Embolii sistemice** — la capitolul **Valvulopatii**).

Tratament imediat : intensificarea terapiei anticoagulante cu Heparină.

INSUFICIENŢA CIRCULATORIE CEREBRALĂ ACUTĂ

Poate masca debutul unui infarct miocardic, dar poate însoţi debutul tipic, îndeosebi la persoanele vîrstnice. Aspecte de „eclipsă" tranzitorie, putînd duce pînă la comă, putem întîlni de la caz la caz. Este dificil diagnosticul diferenţial faţă de **Embolia cerebrală ;** remisiunea rapidă a tulburărilor, uneori chiar fără sechele motorii, ne orientează spre diagnosticul de insuficienţă circulatorie cerebrală acută.

Atitudine imediată : — Bolnavul culcat cu capul mai jos, — Oxigenoterapie, — Heparină — 100 mg i.v. şi apoi continuă din 4 în 4 ore×50 mg. Deoarece teoria spasmului este actuală : — Hydergin fiole i.v. lent sau — Complamin (Dussodryl) fiole, picături, tablete, — Papaverină fiole 0,04 i.v. sau i.m. Bolnavul este transportat, supravegheat, la cel mai apropiat spital.

SINDROM POSTINFARCT MIOCARDIC (SINDROM DRESSLER)

În forma comună urmează la 10 zile — 2 săptămîni, pînă la 3 luni de la infarct miocardic cunoscut. **Excepţional :** poate fi primul accident dureros toracic, corelat retrospectiv cu un infarct atipic sau mut.

Bolnavul ne solicită pentru : febră înaltă, dureri toracice şi precordiale, accentuate de respiraţie ; obiectiv, frecături pericardice, pleurale sau pleuropericardice, uneori creşterea matităţii precordiale cu zgomote asurzite, matitate pleurală.

EKG : nu arată modificări în afara celor de infarct miocardic subacut ; uneori semne ischemo-lezionale cu caracter *concordant* ţinînd de revărsatul pericardic.

Uneori este dificilă diferenţierea de : — Remaniere lezional ischemică a infarctului, — **Recidiva de infarct.**

Se va transa diagnosticul diferenţial în condiţii de spitalizare (în sindromul Dressler, spre deosebire de cele două variante discutate, probele enzimatice sînt negative).

Tratament imediat : perfuzie Hemisuccinat de H.C., urmat de corticoterapie sau antiinflamatorii sintetice.

Scanned with OKEN Scanner

Febra înaltă în cursul sau după infarctul miocardic, pune problema : — Infecţie respiratorie, — Infecţie urinară, — Tromboflebită, — Sindrom Dressler.

Vom interpreta de la caz la caz situaţia. Sînt mai dificile de diagnostical *formele aparent primitive* (unde accidentul coronarian nu a fost manifest).

Tratament imediat. În infecţii : antibioterapie : Ampicilină sau Cloramfenicol sau Biseptol (Septrin). În tromboflebită : activarea tratamentului anticoagulat, asociind local : Fenilbutazon sau Lasonyl. În *sindrom* Dressler — corticoterapie continuată cu Aspirină sau Indometacin.

UMĂRUL DUREROS – PERIARTRITA SCAPULOUMERALA

Umărul dureros cu sau fără infarct miocardic manifest ; este vorba de *algoneurodistrofii* reflexe.

Bolnavul ne consultă pentru *dureri mari cu umăr blocat*, apărute brusc, de obicei în stînga (în zona de iradiere a durerii coronariene) — abducţia imposibilă, atrofie deltoidiană, uneori aspect de *sindrom umăr-mînă* (Steinbrocker).

Verificare EKG : evidenţiază un infarct, de obicei, anterior sau anterolateral.

Tratament imediat. Infiltraţie cu Hidrocortizon acetat asociat cu : — Xilină — periarticular, vertebrocervical, — Unguent Nitroglicerină 2% (precordial, periarticular, cervical), Heparină 100 mg i.v., urmat de 50 mg din 4 în 4 ore. În forme rebele : Röentgenterapie (4—5 şedinţe×50 r).

1.3. CARDIOPATII CONGENITALE

O cardiopatie congenitală *poate genera urgenţe*, în funcţie de : existenţa sau inexistenţa şuntului, iar în cazul prezenţei şuntului, complicaţii specifice celor cu şunt S-D şi celor cu şunt D-S.

1.3.1. CARDIOPATII CONGENITALE FARA ŞUNT

STENOZA AORTICĂ CONGENITALĂ

a) **Sincopa de efort** — vezi valvulopatii.
b) **Angina de efort** — vezi valvulopatii.

Scanned with OKEN Scanner

Sînt apanajul formelor severe (stenoze strînse); sînt accidente ce întunecă prognosticul bolii : în afara tratamentului paleativ, simptomatic, necesită urgentă *soluționare chirurgicală* (proteză valvulară).

c) **Endocardita bacteriană** — vezi

d) **Insuficiența cardiacă** — în forme severe, în stadii avanstate prin asocierea aterosclerozei sau prin grefă bacteriană. Urgența poate fi realizată prin **Edem pulmonar acut** — cel mai adesea nocturn, însoțit de angor nocturn (vezi).

STENOZA SUBAORTICĂ (MIOCARDOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ)

O stenoză aortică congenitală la care angorul răspunde insuficient la Nitroglicerină, iar insuficiența cardiacă stîngă are tendința de rezistență sau agravare sub tonicardiac, pune problema unei *Miocardopatii hipertrofice obstructive* — Propranolul sau alt beta-blocant reprezintă unicele măsuri terapeutice eficace, ca și antagoniștii Ca++ (Verapamil, Nefedipină).

COARCTAȚIA DE AORTĂ (STENOZA DE ISTM AORTIC)

Deoarece trăsătura clinică principală este **Hipertensiunea arterială**, la nivelul segmentelor superioare și hipotensiune sau asfigmie la membrele inferioare, *urgențele sînt posibile în formele severe* și sînt reprezentate de **Urgențele hipertensive** (vezi).

Un accident specific și relativ frecvent (40%) este **Ruptura aortică** cu **Anevrism disecant**, rapid mortal (vezi).

Dintre **Urgențele hipertensive**, cea mai comună în coarctație este **Hemoragia cerebromeningee** (favorizată de *anevrisme congenitale* relativ frecvente la asemenea bolnavi (vezi).

INSUFICIENȚA AORTICĂ CONGENITALĂ (AORTA BICUSPIDĂ)

Realizată prin **Aorta Bicuspidă** este periclitată de complicațiile insuficienței aortice cîștigate, cu precădere :

— **Grefa bacteriană** — cu evoluție spre insuficiența cardiacă și embolii.

— **Anevrism de sinus Valsalva** — cu riscul rupturii în inima dreaptă și insuficiență cardiacă dreaptă rapidă.

Bolnavul ne solicită pentru *durere brutală retrosternală*, adesea corelată cu un efort intempestiv. Găsim bolnavul în stare de șoc, anxietate; la auscultație : *suflu continuu puternic* în spațiul III și IV intercostal stîng. Pot apărea semne de insuficiență aortică cu suflu diastolic semnifi-

Scanned with OKEN Scanner

cativ în insuficiența cardiacă stîngă, brutală, cînd ruptura se face în ventriculul stîng.

Atitudine imediată : — Oxigenoterapie, — Mialgin, — Nitroglicerină — sublingual. Transport imediat, supravegheat, la spital. Prognostic, de regulă infaust.

1.3.2. CARDIOPATII CONGENITALE CU ȘUNT STÎNGA-DREAPTA

— **Defect septal atrial** (D.S.A.),
— **Defect septal ventricular** (D.S.V.),
— **Persistență de canal arterial** (P.C.A.).

INFECȚII RESPIRATORII ACUTE

Una dintre urgențele comune ale acestor cardiopatii, pneumopatii acute dispneizante și cianozante. Hemoptiziile sînt frecvente, expresie a tromboembolismului pulmonar, caracteristic stadiilor tardive cînd se instalează :

HIPERTENSIUNEA PULMONARĂ SECUNDARĂ (H.P.S.)

Tabloul mimează acum un cord pulmonar decompensat. Se ajunge la inversarea șuntului și la permanentizarea cianozei (**Sindrom Eisenmenger**).

Obiectiv — găsim elemente stetacustice caracteristice : — suflu sistolic parasternal stîng + dedublarea S_2 = D.S.A., — suflu holosistolic mezocardiac în D.S.V., — suflu continuu „în tunel" (holosistolic și holodiastolic) = P.C.A.

EKG — blocul incomplet de ramură dreaptă (H.V.D. „de umplere") în D.S.A.,

— Hipertrofie biventriculară în D.S.V. și P.C.A.

În stadiul de H.P.S. — cianoza este permanentă, *cianoză caldă*, infecțiile respiratorii tenace, dispneea se permanentizează, hemoptiziile frecvente (se vorbește de Sindrom Eisenmenger).

Tratament imediat : — Oxigenoterapie, — Antibiotice cu tropism respirator, — Penicilină ± Streptomicină sau Eritromicină, — Heparină 100 mg i.v. (în formele hemoptoizante), — Diuretice prompte (Furosemid) în formele intens dispneizante cu semne de H.P.S.

Scanned with OKEN Scanner

Este dificil, în ambulator, diagnosticul diferențial cu :

— **Cordul pulmonar acut** (prin **Embolie pulmonară** — vezi).

— **Cordul pulmonar subacut** în stările de — **Rău astmatic** (vezi), — **Bronșiolită acută** (vezi), — **Bronhopneumonie** (vezi), — **Carcinomatoză miliară** (vezi).

— **Cordul pulmonar cronic** cu decompensare severă respiratorie (**Insuficiență respiratorie acută** — vezi) și decompensare cardiacă. Internarea în spital în vederea continuării investigațiilor și tratamentului.

ENDOCARDITA BACTERIANĂ

Complicație frecventă în P.C.A. și D.S.V., rară în D.S.A. Sîntem solicitați pentru sindrom febril ireductibil, alterarea stării generale, progresiune rapidă a insuficienței cardiace, accidente embolice. Prognosticul este foarte grav, existînd riscul *anevrismului de canal,* cu posibilitatea *rupturii și morții subite.* Coexistența hipertensiunii pulmonare secundare face evoluția deosebit de gravă.

Internare imediată în spital pentru investigații paraclinice, îndeosebi bacteriologice (hemocultură), pentru instituirea antibioterapiei adecvate și intensive.

1.3.3. CARDIOPATII CONGENITALE CU ȘUNT DREAPTA-STÎNGA

— **Tetralogia Fallot** (Tri — Penta — variante posibile),
— **Complexul Eisenmenger,**
— **Transpoziția vaselor mari.**

Cianoza este cauza marilor urgențe ale acestor cardiopatii.

CRIZELE DE CIANOZĂ

Sîntem solicitați la copii sau tineri cu cianoză cronică, hipotrofie staturo-ponderală, hipocratism digital ± squatting.

Din cauza frigului, efortului sau unei emoții bolnavul face o agravare bruscă a cianozei, cu anxietate extremă, agitație psihomotorie, stare

Scanned with OKEN Scanner

de colaps, dispnee progresivă cu fenomene asfixice, transpirații profuze, areflexie, comă. Revenirea se face treptat, spontan, senzoriul se recapătă, cianoza se reduce, ca și celelalte acuze și rămîne o astenie profundă.

Tratamentul imediat: se culcă bolnavul în condiții de confort termic, se *administrează prudent* Oxigen — se asigură o sedație ușoară cu Cloralhidrat 2—3 g în microclismă.

CRIZELE SINCOPALE

Cu sau fără **Sindrom convulsiv** însoțesc uneori crizele de cianoză și exprimă repercusiunile grave asupra centrilor corticali și subcorticali a desaturării în Oxigen a sîngelui arterial în marile cianoze. Uneori o astfel de criză cu cefalee intensă și tabloul unei *cianoze acute* este urmat de **Hemipareză** sau **Hemiplegie** — și celelalte elemente ale deficitului motor.

TROMBOZA CEREBRALĂ

Măsuri terapeutice imediate: — Oxigen, Heparină 100 mg i.v. În cazurile în care T.A. permite, se poate face o Sîngerare urmată de o perfuzie lentă cu Dextran 40 în sol. 10% și eventual Papaverină în cîteva prize zilnice (supozitor, inj. i.m. sau f. lent i.v.).

ABCESUL CEREBRAL

Posibil în marile cianoze cu antecedente de tulburări nervoase (convulsii, crize de cianoză acută, hemipareze sau plegii, cefalee cronică, predominent nocturnă).

Sîntem chemați pentru febră înaltă cu sau fără frisoane, cefalee localizată, sindrom de hipertensiune intracraniană (cefalee+vărsături de tip central+semne de deficit motor — sindrom de neuron motor central).

Măsuri imediate: — Antibiotice (Penicilină cristalină 2,8—3 milioane U în perfuzie lentă i.v.+Heparină 100 mg asociată antibioticului), — Papaverină (i.v. foarte lent, sau supozitoare). Uneori — Hemisuccinat de H.C. 150—200 mg în perfuzie, — Cloralhidrat — 2—3 g în microclismă. Bolnavul este internat în spital, prognosticul este infaust, uneori urgența impune abordarea chirurgicală într-un serviciu de neurochirurgie (trepanație pentru decompresiune și drenaj) — intervenție de mare risc.

Scanned with OKEN Scanner

Poate complica oricare din cardiopatiile congenitale, realizînd urgențe ca, în general, celelalte forme de **Insuficiență cardiacă** (vezi).

1.4. TULBURĂRI DE RITM ȘI DE CONDUCERE

1.4.1. PALPITAȚII CU SINDROM VEGETATIV POLIMORF

Medicul este chemat pentru aceste senzații penibile de percepție a bătăilor inimii, bolnavul e neliniștit, anxios. Deși simptom comun aritmiilor, palpitațiile se resimt și în afara tulburărilor de ritm, ca și în următoarele situații : — anemii severe ; — stări febrile ; — abuzul de alcool, tutun, cafea ; — climax (menopauză, andropauză) ; — tulburări digestive banale sau simptomatice pentru suferințe organice ; — tulburări endocrino-metabolice : feocromocitom, Basedow, hipoglicemie ; — hipotensiune ortostatică ; — medicamente : atropină, efedrină, tiroidă, eufilină, neuroleptice.

Examenul clinico-electrocardiografic poate evidenția existența unor cardiopatii organice cunoscute sau nu de bolnav. Tulburările vegetative — paloare, transpirații profuze, frison sau bufeuri de căldură, polakiurie și poliurie, balonări de debacluri diareice etc. — pot însoți crizele de palpitații în :

— **Tahicardia paroxistică supraventriculară** (vezi **valvulopatii**),

— **Fibrilația sau flutterul atrial paroxistic** (vezi).

Mai rareori în : — **Tahicardia paroxistică ventriculară.**

Atitudine terapeutică imediată : — Manevrele de excitație vagală (M.E.V.) sînt foarte utile pentru diagnosticul diferențial și tratament. — Electrocardiograma este, de asemenea, un adjuvant util pentru diagnostic. — Tratament antiaritmic diferențiat : vezi **Aritmiile în valvulopatii.** Sedative, tranchilizante, suprimarea excitantelor sau a unor medicamente incriminate. — Se procedează apoi la internarea în spital a bolnavului.

1.4.2. STĂRI SINCOPALE

Prin **Insuficienţa circulatorie acută cerebrală** — favorizată de **Aritmiile rapide** sau, din contră, prin **Blocul cardiac** — sindrom **Adams-Stokes.**

Bolnavul ne solicită pentru ameţeli, nesiguranţă, tendinţă la cădere sau chiar pierderea acută de cunoştinţă, de scurtă durată, revenire spontană. Anturajul afirmă că uneori bolnavul face convulsii epileptiforme, pierde urina±fecalele.

Examinat obiectiv găsim o **Bradicardie fixă** de 32—40 bătăi pe minut, iar din cînd în cînd „zgomotul de tun" — argumente suficiente pentru BLOCUL TOTAL A.V.

Primul gest terapeutic: — se culcă bolnavul fără pernă, — se injectează f. lent i.v. Atropină 1 mg. Se face apoi cînd e posibil, Electrocardiograma (vezi). Cînd pe fondul unei **Bradicardii extreme** survin crize **Sincopale frecvente în repaus** — vom suspecta TORSADA VÎRFULUI confirmată de un traseu EKG.

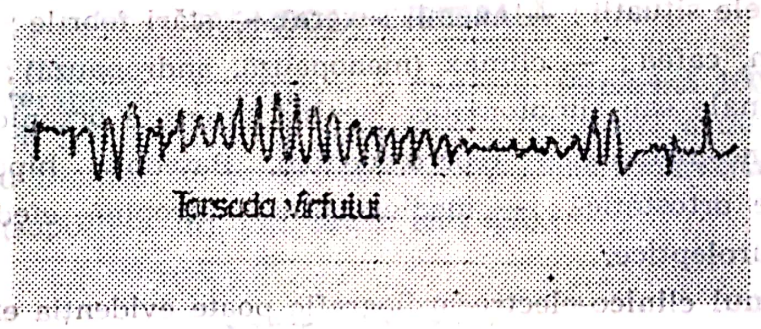


Fig. 23. Torsada vîrfului — formă tranzitorie de fibrilaţie ventriculară, pe fondul unor mari bradicardii.

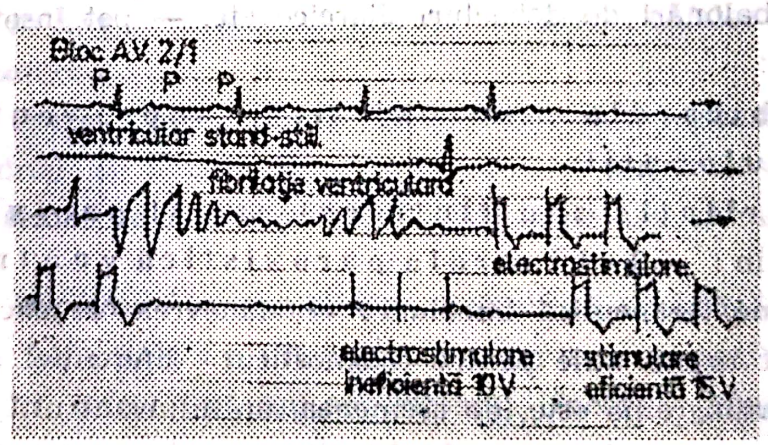


Fig. 24. Bloc a—v gradul II evoluînd spre asistolă ventriculară „ventricular stand-still" şi fibrilaţie ventriculară tranzitorie. Se institue electrostimularea prin pacemacker.

Tratamentul imediat : — Atropină — 1 mg i.v. foarte lent ; — Beta-stimulatoare adrenergice : Bronhodilatin (Izuprel), Alupent (Astmopent). Transport imediat, supravegheat, la spital.

Alteori, examenul clinic pune în evidență pauze în ritmul cardiac, egale cu durata a două revoluții cardiace — EKG este strict necesar. Se impune diagnosticul de **Bloc** A-V gr. II (vezi variante EKG). În fine, putem întîlni, la examenul obiectiv, Ritmuri accelerate=**Tahicardii** sau **Tahiaritmii** — depistînd 150—180, chiar 200 de bătăi pe minut.

Primul gest al medicului : — Compresiunea sino-carotidiană (C.S.C.) — aritmia poate ceda brusc sau modifica tranzitoriu, dar și poate persista. — E utilă verificarea EKG. Tratament medicamentos, după tipul de aritmie rapidă (vezi). Bolnavul va fi internat în spital.

1.4.3. HEPATALGII „PSEUDOABDOMEN ACUT"

Expresie a unei **Insuficiențe hipodiastolice acute** în aritmiile rapide a căror durată depășește mai multe ore (neglijență sau rezistență la tratament). **Obiectiv :** ficat foarte mare, elastic, extrem de sensibil, jugulare turgescente, paloare cu cianoză a feței și extremităților, transpirații profuze, anxietate.

Tratament imediat : oprirea aritmiei (vezi).

— Metoda ideală — Electroconversia (electroșocul extern).

— În practică — orientarea după tipul de aritmie : — Digoxin sau Lanatozid C, foarte lent i.v., după care se repetă manevrele de excitație vagală (M.E.V.), (în aritmiile supraventriculare). — Xilină (Lidocainã) — 100 mg i.v. „în bol" (în tahicardia ventriculară). — Diuretic drastic (Furosemid i.v.) și corectarea pierderii de K (factor aritmizant cunoscut).

1.4.4. EMBOLII SISTEMICE

Pot însoți debutul sau perioada de stare a unei aritmii, infarct miocardic, endocardită bacteriană, miocardoscleroză etc. (Vezi **Accidente embolice în valvulopatii, infarct miocardic**). În aritmiile rapide embolizante, instituim imediat tratament anticoagulant pentru perspectiva electroconversiei și a profilaxiei altor embolii. Internarea bolnavului este obligatorie.

Scanned with OKEN Scanner

1.4.5. CRIZE ANGINOASE

Pot însoți aritmii cu alură rapidă și durată prelungită la vîrstnici. Alături de măsurile antiaritmice specifice (vezi), vom asocia — Nitroglicerină — sublingual, — Beta-blocante adrenergice (exceptînd cazurile de hipotensiune severă asociată).

1.5. MIOCARDITE ACUTE ȘI MIOCARDOPATII
MIOCARDITELE ACUTE INFECȚIOASE SAU VIROTICE

Pot genera diverse situații de urgență ca :

1.5.1. INSUFICIENȚA CARDIACĂ ACUTĂ

Bolnavul ne solicită pentru : dispnee, palpitații, astenie extremă, hepatalgii uneori simulînd un abdomen acut. **Obiectiv :** pacientul e palid, tegumente umede, raluri de stază în ambii pulmoni, tahicardie și zgomot de galop, ficatul mare, elastic, extrem de dureros.

Tratamentul indicat : — Hemisuccinat de H.C. — 150—200 mg f. lent i.v., — Strofantină 0,25 mg în Glicocol 1 fiolă f. lent i.v. — Penicilină cristalină 1 200 000 U în 2 prize pe zi. Internare imediată, supravegheată, în spital.

1.5.2. TULBURĂRI DE RITM ȘI/SAU CONDUCERE

Sînt posibile aritmii extrasistolice ce nu pun probleme de urgență. Aritmii de semnificație mai severă și care pun indicația abordării terapeutice de urgență sînt :

— **Tahicardia atrială cu bloc** (vezi fig. 7).
— **Flutterul atrial** (vezi fig. 2).
— **Disociații joncționale** cu ritm rapid.
— **Disociația izoritmică** (vezi fig. 5)
— **Disociație cu interferență** (vezi fig. 6).
— **Tahicardia ventriculară** (vezi fig. 10).
— **Blocul atrio-ventricular gr. II și III** (vezi fig. 12, a, b, c).

Scanned with OKEN Scanner

— **Ca tratament de urgență :** adecvat fiecărei aritmii (vezi) dar și adresîndu-se cauzei : — Tratament antibiotic (se începe cu Penicilină cristalină 2×1 200 000 U pe zi și se adaptează antibio-chimioterapia factorului etiologic, după criteriile bacteriologice). — Hemisuccinat de H.C. 150—200 mg f. lent i.v. Vom interna bolnavul în spital ; supravegheat în cursul transportului.

1.5.3. STĂRI SINCOPALE

Posibile în miocarditele acute cu **Tulburări de conducere** (sinoatriale, atrioventriculare), ca și în **Miocardopatia cronică obstructivă.**

Tratamentul de urgență : — Medicația specifică, etiologică, în **Miocardite acute+** — Hemisuccinat de H.C. 100—150 mg i.v. lent+ — Beta-blocanți (Propranolol, Inderal) pentru miocardopatia cronică obstructivă.

1.5.4. ANGINA DE EFORT ȘI SINCOPA DE EFORT

Sînt simptomatice pentru **Miocardopatia cronică obstructivă.** Impune, ca și sincopa de efort, permanentizarea medicației beta-blocante și internarea în spital.

1.6. PERICARDITE

Ne putem întîlni cu variate aspecte de urgență în PERICARDITELE ACUTE. Astfel :

1.6.1. DUREREA ACUTĂ PRECORDIALĂ

Intensitatea și particularitățile legate de poziție, propagare etc. sînt corelate cu etiologia, cu anatomia patologică și cu rapiditatea constituirii inflamației uscate sau cu minimum exudat : — **Pericardita benignă idiopatică** (P.B.I.), — **Pericardita reu-**

matismală (în contextul **Cardită±Poliartrită**), (P.R.), — **Pericardita în sindroame autoimune** (P.S.A.), (**Post-infact, Posttoracotomie, Postpericardotomie, Post-comisurotomie**), — **Pericardita uremică** (P.U.), — **Pericardite septice** (P.S.).

În celelalte forme de **Pericardită** — simptomatologia dureroasă e frustă sau absentă, constituindu-se repede sindromul de hipodiastolie: — **Pericardita bacilară** (P. TBC), — **Pericardita lupica** (P.L.) — etc.

Durerea pericardică este retrosternală, se accentuează la inspir profund și decubit stîng, se atenuează în poziție șezîndă și mai ales în flexiunea exagerată a trunchiului pe bazin (**Poziția rugăciunii mahomedane**).

Anamneza ne dă unele indicații utile asupra etiologiei: — contextul infecției reumatice (P.R.); — contextul insuficienței renale cu uremie (P.U.); — antecedente recente de infarct, intervenții chirurgicale toracice (P.S.A.); — infecții bacteriene pulmonare, septicemii (P.S.); — contextul unei colagenoze: LED (P.L.); — antecedente recente de catar căi respiratorii, sindrom febril — curbatură (P.B.I.) etc.

Examenul obiectiv clinic și paraclinic confirmă situațiile etiologice.

Examenul cordului — frecătura pericardică. Cînd există și exudat: asurzirea zgomotelor, creșterea dimensiunilor percutatorice a ariei precordiale.

EKG — caracteristică: microvoltaj+ischemie leziune subepicardică concordantă.

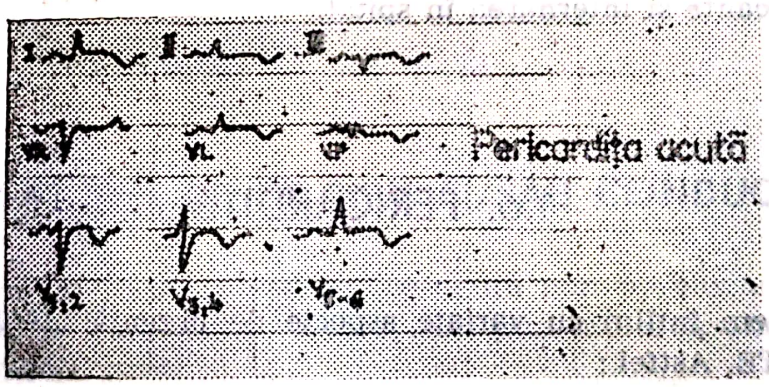


Fig. 25. Traseu EKG caracteristic pentru pericardita acută: microvoltaj și alterațiuni ischemolezionale „de tip concordant".

Tratamentul imediat: — Analgezice: Algocalmin — injectabil sau supozitoare, — Codeină+Dionină+Aspirină (în diverse combinații). — Antiinflamatorii nespecifice: — Fenilbutazon în P.B.I. — Corticoterapie în P.S.A. și P.R. Internare imediată în spital.

1.6.2. TAMPONADA SUBACUTĂ A INIMII

Se realizează în formele cu dezvoltare rapidă și masivă a revărsatului : Pericardita bacilară, cu precădere la copii, la tineri (îndeosebi în contact cu frigul).

Sîntem consultați pentru dispnee, anxietate, bolnavul se află în ortopnee, jugulare turgescente, cianoză a extremității cefalice și a extremităților, transpirații profuze, hepatalgii atroce. Sînt evidente semnele colapsului cardiogen, puls mic, paradoxal (Kussmaul), prăbușire T.A., în contrast cu valori foarte mari presiunii venoase.

Tratament imediat : — Paracenteza pericardică de urgență. — Atiinflamatorii — supozitor Fenilbutazonă, Aspirină. — Sedative. Se internează de urgență bolnavul.

1.6.3. INSUFICIENȚA HIPODIASTOLICĂ ACUTĂ

Este o formă atenuată de tamponadă în pericarditele exsudative cu abundență de revărsat.

Bolnavul ne consultă pentru : hepatalgii intense, putînd mima uneori abdomen acut. Inspecția ne arată elementele hipertensiunii venoase sistemice : jugulare turgescente, cianoză cefalică.

Tratament imediat : vezi **Tamponada subacută.**

1.7. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ (H.T.A.)

1.7.1. CRIZELE HIPERTENSIVE

Creșteri bruște ale T.A. pot surveni pe fondul oricărei H.T.A. :

— H.T.A. esențială ;

— H.T.A. renală și renovasculară ;

— H.T.A. endocrină (Basedow, Cusing, Feocromocitom) ;

— H.T.A. — toxică (anfetamine, simpaticomimetice, alimente bogate în tiramină (brînză, vin, rom) la pacienții tratați cu I.M.A.O.). Medicul este consultat pentru : cefalee, ameteli, tremurături, palpitații — adesea aritmii paroxistice, paloare sau, din contră, hiperemie a feței, parestezii, amauroză, fosfene, acufene, uneori convulsii. Astfel de crize au mai existat în antecedente, declanșate de efort, emoții, perioada postprandială etc.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament imediat : Cînd suspectăm Feocromocitom — vom administra Regitin (Fentolamină) 5 mg „în bol" i.v. O scădere sub 30—40 mm Hg pentru T.Mx. permite suspiciunea de F. (test de diagnostic). Odată afirmată, se poate continua Regitina în injecții lente, i.v. (de 2--3×10 mg).

Dacă testarea a fost negativă și valorile se mențin foarte mari : — Sîngerare — 4—500 mg rapid, — Diuretic drastic i.v. — Furosemid 3—4 fiole a 20 mg sau — Edecrin (ac. etacrinic) 1 flacon a 50 mg în perfuzie i.v. — Beta-blocante adrenergice i.v. : — Propanolol, — Talinolol (Cordanum), — Pindolol (Visken). Internarea imediată în spital pentru continuarea investigațiilor pentru diagnostic și tratament.

1.7.2. ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVĂ

Urgență corelată cu formele severe sau maligne ale H.T.A.

Medicul este solicitat pentru : cefalee atroce, vărsături, stare confuzională, uneori crize convulsive (eclampsie), alteori evoluție rapidă spre comă.

Obiectiv : absența semnelor neurologice de leziune în focar. Fund de ochi — **Edemul papilar** (patognomonic) și alterații de angioretinopatie. Puncția lombară — L.C.R. în hipertensiune (a se evita puncția cînd sînt elemente caracteristice de Hipertensiune intracraniană).

Atitudine terapeutică imediată :

A. Ideal, cînd există posibilitatea : — Diazoxid („Hyperstat" — Schering) i.v. „în bol" — 300 mg sau — Arphonad (trimetaphan camphorsulfonat) i.v. lent sau — Nitroprusiat de Na — 0,4—0,6 mg/ml (Nipride). Atît Arphonad cît și Nitroprusiatul necesită monitorizare, încît nu e bine să fie aplicate la domiciliu.

B. Schema practică în condiții comune : — Furosemid — 2—4 fiole i.v., — Sulfat de Mg 25% f. lent i.v., 2—4 fiole în 24 ore, — Glucoză 33% sau 20% 40—50 ml i.v., — Fenobarbital — 0,10—0,20 g inj. i.m. (îndeosebi cînd sînt semne de eclampsie). Cea mai utilă și promptă asociere terapeutică : Diazoxid+Furosemid.

1.7.3. EDEMUL PULMONAR ACUT

Complică îndeosebi H.T.A. severă sau malignă de : etiologie renală : **Glomerulonefrita cronică, subacută,** mai rar pe cea **acută.**

Scanned with OKEN Scanner

— **Hipertensiune renovasculară.**

— **Nefropatie gravidică.**

Mai rar : **Coarctaţia de aortă, Feocromocitomul.**

Bolnavul ne solicită pentru : criză de dispnee cu polipnee inspiratorie, anxietate, paloare, transpiraţii profuze ; uneori bradipnee expiratorie, îndeosebi la vîrstnici.

Obiectiv : auscultaţia pulmonilor — raluri subcrepitante în „marée montante", alteroi raluri bronşice de toate mărimile şi tonalităţile. Galopul apexian este un element obiectiv, deosebit de valoros, valorile T.A. sînt de obicei foarte mari.

Tratamentul de urgenţă, încă de la domiciliu : 1) Sîngerare — 3—500 ml rapid (în 5 minute). Cînd nu e posibilă : „sîngerare fără sînge" prin aplicare de garouri la rădăcina membrelor inferioare. 2) Diuretic drastic — 2—4 fiole i.v. (Furosemid). 3) Oxigenoterapie, de preferat cu mască şi antispumant. 4) Hipotensoare injectabile : Arfonad — 250 mg perfuzie i.v. lentă, Diazoxid — 350 mg i.v. „în bol" sau Raunervil — fiole a 25 mg inj. i.m. 5) Tonicardiac prompt, inotrop ; Strofantină 0,25 mg în Miofilin f. lent sau Digoxin fiole. 6) Sedativ central : Hidromorfon+Atropină (cu atenţie la pacienţii cu supraîncărcare bronşică — riscul asfixiei). Se transportă bolnavul la spital, strict supravegheat, sub oxigenoterapie.

1.7.4. ICTUSUL CEREBRAL

Accidentele vasculare cerebrale, variabile etiologic şi patogenic, pot realiza urgenţe prin :

I. **Hemoragia cerebrală** 15% (H.C.) ;

II. **Tromboza cerebrală** 80% (T.C.) ;

III. **Embolia cerebrală** 5% (E.C.).

Medicul este chemat pentru : Debut brusc cu comă : Hemoragia cerebrală. Debut insidios — rareori comă=Tromboza cerebrală. Debut brusc fără comă=Embolie cerebrală. Orientare imediată pentru diagnostic diferenţial. Cefalee, ameţelile, epistaxisul, parestezиile preced H.C.

H.C.=rareori precedată de convulsii. — Valori mari sau foarte mari de H.T.A. — Comă (cînd depăşeşte 48 de ore=prognostic rezervat).

— Semne neurologice de „focar" : — hemiplegie cu S. Babinsky unilateral, — afazie (cînd leziunea e în stînga), — deviaţie conjugată a

Scanned with OKEN Scanner

ochilor și capului, — paralizie facială de tip central („fumează pipa"). — Uneori semne meningee-cefalee, vărsături, redoarea cefei, L.C.R. hemoragic=**H. Cerebromeningee.** — Alteori coma devine rapid foarte profundă — găsim Babinsky bilateral, hipertermie peste 40°, sindrom meningean, convulsii, L.C.R. net hemoragic, agravare progresivă spre ireductibilitate — **Inundație ventriculară.**

T.C. — precedată de „eclipse cerebrale" ; — debut insidios, uneori net progresiv, paraliziile pot varia de la o zi la alta ; — coma poate lipsi, H.T.A. adesea absentă, prognostic mai bun.

E.C. — maladii emboligene, rareori H.T.A. ; — în 70% e prinsă artera cerebrală mijlocie ; — criterii de prognostic sumbru : comă prelungită, febră înaltă, tahicardie persistentă, respirație Cheyne-Stockes.

Atitudine terapeutică imediată : — Repaus absolut, cu schimbarea poziției în pat (pentru evitarea leziunilor de decubit și a bronhopneumonici hipostatice). — Tratamentul **Hipertensiunii intracraniene :** a) puncția lombară — cu foarte mari precauții ; b) sulfat de Mg 25% — i.v. f. lent ; c) perfuzii cu Manitol 25%, Uree 30%. — Cînd valorile T.A. sînt foarte mari : Furosemid 3—4 fiole i.v. (prognostic foarte grav). — În caz de T.C. : 1. dacă T.A. este mare : Tratament blînd-Thiazide+Hidralazină (Concret : Nefrix+Hipopresol), Hidergin sau sinonime — Dh-Ergotoxin, Redergin). 2. dacă T.A. este normală : Tratament anticoagulant. E.C. — vezi **Accidente embolice în valvulopatii.** După măsurile de prim ajutor, transportăm, supravegheat, bolnavul la spital.

1.7.5. HEMORAGIA RETINIANĂ

Este precedată de cefalee intensă, occipitală, ameţeli, chiar lipotimii, pareze, parestezii și amauroză bruscă la un ochi (pentru amănunte vezi **Urgenţe în oftalmologie**).

1.8. VASCULOPATII PERIFERICE

Urgenţe se pot ivi atît în arteriopatii cît și în venopatii, punînd probleme de diagnostic și de interpretare.

Scanned with OKEN Scanner

1.8.1. SINDROMUL DE ISCHEMIE ACUTĂ PERIFERICĂ

Bolnavul ne consultă pentru : — Durere acută, brutală la nivelul extremității ischemiate, senzație de greutate și claudicație. — Paloarea tegumentelor — mai evidentă la ridicarea extremității, cu roșeață la coborîrea extremității („eritroză de declivitate"). — Răceala extremității atinse. — Absența pulsului arterial sub nivelul obliterării arteriale.

Probleme care se pun sînt : **Embolie sau tromboză arterială?** Pledează pentru **Embolie : — Valvulopatie mitrală±Fibrilație atrială** (F.A.), — **Miocardoscleroză cu F.A., — Endocardita bacteriană, — Infarctul miocardic, — Insuficiența cardiacă.**

Pledează pentru **Tromboză : — Ateroscleroza generalizată, — Arterita diabetică, — Trombangeita Buerger, — Arterite infecțioase: Lues, Febra tifoidă, — Periarterita nodoasă, — Arterita traumatică** etc. — **Sindromul de arc aortic.**

Atitudine imediată : — Membrul ischemiat în poziție declivă. — Aplicare de căldură la rădăcina membrului (niciodată pe zona ischemică). — Împachetare în vată a zonei ischemiate. — Suprimarea fumatului. — Tratament anticoagulant : Heparină 100 mg i.v. ca primă doză. — Tratament vasodilatator intraarterial. Se pot asocia sau se pot da separat : Procaină 1% sau Xilină 1%, Fosfobion 5—6 fiole, Papaverină 5—6 fiole, Complamin (Jupal, Dussodryl) 1—2 fiole. — Tratament analgezic — Sedativ (de la caz la caz), putînd recurge chiar la Mialgin, Fortral etc.

Vom transporta bolnavul, în timp util (în primele 6 ore), într-un serviciu de chirurgie pentru **Embolectomie sau Trombendarterectomie** în cazul obstrucțiilor înalte : femorală, iliacă, bifurcație aortă (Sindromul Leriche), subclaviculară etc. Vom specifica pe trimitere tratamentul efectuat, precizînd îndeosebi tratamentul anticoagulant.

1.8.2. „ASFIXIA EXTREMITĂȚILOR"

Manifestare ischemică exprimînd un stadiu mai avansat al **Angionevrozei vasoconstrictorii**, din cadrul maladiei sau sindromului **Raynaud.**

Bolnavul ne consultă pentru : degetele mîinilor palid-livide, violacee, reci, dureroase, apariția acestor tulburări se face „în crize" simetric

1.8.1. SINDROMUL DE ISCHEMIE ACUTĂ PERIFERICĂ

Bolnavul ne consultă pentru : — Durere acută, brutală la nivelul extremității ischemiate, senzație de greutate și claudicație. — Paloarea tegumentelor — mai evidentă la ridicarea extremității, cu roșeață la coborîrea extremității („eritroză de declivitate"). — Răceala extremității atinse. — Absența pulsului arterial sub nivelul obliterării arteriale.

Probleme care se pun sînt : **Embolie sau tromboză arterială?** Pledează pentru **Embolie : — Valvulopatie mitrală±Fibrilație atrială** (F.A.), — **Miocardoscleroză cu F.A., — Endocardita bacteriană, — Infarctul miocardic, — Insuficiența cardiacă.**

Pledează pentru **Tromboză : — Ateroscleroza generalizată, — Arterita diabetică, — Trombangeita Buerger, — Arterite infecțioase: Lues, Febra tifoidă, — Periarterita nodoasă, — Arterita traumatică** etc. — **Sindromul de arc aortic.**

Atitudine imediată : — Membrul ischemiat în poziție declivă. — Aplicare de căldură la rădăcina membrului (niciodată pe zona ischemică). — Împachetare în vată a zonei ischemiate. — Suprimarea fumatului. — Tratament anticoagulant : Heparină 100 mg i.v. ca primă doză. — Tratament vasodilatator intraarterial. Se pot asocia sau se pot da separat : Procaină 1% sau Xilină 1%, Fosfobion 5—6 fiole, Papaverină 5—6 fiole, Complamin (Jupal, Dussodryl) 1—2 fiole. — Tratament analgezic — Sedativ (de la caz la caz), putînd recurge chiar la Mialgin, Fortral etc.

Vom transporta bolnavul, în timp util (în primele 6 ore), într-un serviciu de chirurgie pentru **Embolectomie sau Trombendarterectomie** în cazul obstrucțiilor înalte : femorală, iliacă, bifurcație aortă (Sindromul Leriche), subclaviculară etc. Vom specifica pe trimitere tratamentul efectuat, precizînd îndeosebi tratamentul anticoagulant.

1.8.2. „ASFIXIA EXTREMITĂȚILOR"

Manifestare ischemică exprimînd un stadiu mai avansat al **Angionevrozei vasoconstrictorii,** din cadrul maladiei sau sindromului **Raynaud.**

Bolnavul ne consultă pentru : degetele mîinilor palid-livide, violacee, reci, dureroase, apariția acestor tulburări se face „în crize" simetric

la 2—3 degete. La început crize de paloare la frig sau la alte stressuri (**Sincopa locală**). Imersia în apă caldă ameliorează net fenomenele.

Atitudine imediată : — Suprimarea fumatului, — Procaină sau Xilină 1% i.v. foarte lent, — Acid nicotinic și Derivații : — Nicotinat de Xantinol (Complamin, Jupal, Dusodryl) i.v. foarte lent. — Gerovital. Aslavital inj i.m. Internare în vederea precizării etiologiei, stadiului și tratamentului adecvat.

1.8.3. IMINENȚE SINCOPALE

Expresie a unor arteriopatii interesînd emergențele aortei, ducînd la **Insuficiență circulatorie cerebrală cronică**, — **Ateroscleroza carotidiană**, — **Ateroscleroza vertebrală**, — **Sindromul de arc aortic**, — **Maladia Takayasu**. Complicații mai rare : — **Sindromul „de furt subclavicular"**. — **Sindromul Ménière** — vertijul labirintic. — **Sindromul Barré-Liéou „Migrena cervicală"**.

Bolnavul ne consultă pentru ameteli, crize sincopale de efort, acufene, fosfene, uneori cefaleea frontală, alteori occipitală. Rareori criza de ameteli apare la întoarcerea bruscă a capului=(insuficiența carotidiană, insuficiența vertebrală) la frig, la efort manual (**„Furt subclavicular"**).

Examenul atent al arterelor mari, al pulsului la nivelul acestora și auscultația arterelor și a liniei de propagare, sînt investigații foarte utile.

Tratament imediat : — Repaus la pat în condiții de confort termic. — Vasodilatatoare (Complamin, Jupal, Acid nicotinic, Hydergin). — Anxiolitice. Internare imediată în vederea precizării diagnosticului și a conduitei terapeutice pe mai departe, eventuală abordare chirurgicală.

1.8.4. CEFALEE BITEMPORALĂ FEBRILĂ

Poate fi cauza solicitării consultului medical, de obicei persoane mai vîrstnice : la palpare cordon dureros, inflamație locală la nivelul arterelor temporale — **Arterită temporală (Horton)**. Uneori vertij, iminențe lipotimice.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament imediat: — Infiltraţie periarterială cu Procaină sau Xilină 1% ± Hidrocortizon acetat. — Iniţiem Corticoterapia. Internăm bolnavul, precizînd pe trimitere conduita terapeutică pe care am aplicat-o.

1.8.5. SINDROMUL LERICHE

Sindrom de ischemie gravă a centurii pelvine şi a membrelor inferioare, prin tromboză aterosclerotică a bifurcaţiei aortice.

Excepţional, sindrom de ischemie acută prin embolie a bifurcaţiei aortice.

Bolnavul ne consultă pentru: — paloare lividă şi răceală a membrelor inferioare; — claudicaţie intermitentă tip înalt (coapse-fese); — asfigmie la ambele femurale (obiectiv, în plus, absenţa oscilaţiilor); — impotenţă sexuală şi absenţa erecţiei stabile (atenţie la vîrsta bolnavului!); — eventuale sufluri perceptibile în hipogastru, fose iliace; — raritatea tulburărilor trofice.

Vom îndruma bolnavul într-un serviciu de chirurgie dotat pentru chirurgie vasculară (trombendarteriectomie, eventual embolectomie).

Pînă la internare: Analgezice şi Antispastice, — Vasodilatatoare (Complamin, Jupal), — Blocaj paravertebral bilateral cu Procaină 1% sau Xilină 1%.

1.8.6. GANGRENA ISCHEMICĂ

Pentru **Gangrena diabetică** — vezi — **Urgenţe metabolice.**

Complică stadiile avansate ale: — **Arteritei obliterante aterosclerotice, — Trombangeitei obliterante — maladiei Raynaud** (colagenoze: sclerodermie, L.E.D., polinevrite, hemoglobinurii etc.).

Bolnavul ne consultă pentru: — claudicaţie intermitentă; — durere nocturnă; — tulburări trofice ale tegumentelor extremităţilor şi ale unghiilor; — apariţia de zone livide, sfacele: paraunghieale, la nivelul feţei plantare a unui deget, la nivelul călcîiului — durerile devin atroce (ameliorare în poziţia declivă a extremităţii); gangrena poate fi uscată şi are tendinţa la eliminare a zonei mortificate; — gangrena poate

Scanned with OKEN Scanner

Tratament imediat : — Infiltrație periarterială cu Procaină sau Xilină 1% ± Hidrocortizon acetat. — Inițiem Corticoterapia. Internăm bolnavul, precizînd pe trimitere conduita terapeutică pe care am aplicat-o.

1.8.5. SINDROMUL LERICHE

Sindrom de ischemie gravă a centurii pelvine și a membrelor inferioare, prin tromboză aterosclerotică a bifurcației aortice.

Excepțional, sindrom de ischemie acută prin embolie a bifurcației aortice.

Bolnavul ne consultă pentru : — paloare lividă și răceală a membrelor inferioare ; — claudicație intermitentă tip înalt (coapse-fese) ; — asfigmie la ambele femurale (obiectiv, în plus, absența oscilațiilor) ; — impotență sexuală și absența erecției stabile (atenție la vîrsta bolnavului !) ; — eventuale sufluri perceptibile în hipogastru, fose iliace ; — raritatea tulburărilor trofice.

Vom îndruma bolnavul într-un serviciu de chirurgie dotat pentru chirurgie vasculară (trombendarteriectomie, eventual embolectomie).

Pînă la internare : Analgezice și Antispastice, — Vasodilatatoare (Complamin, Jupal), — Blocaj paravertebral bilateral cu Procaină 1% sau Xilină 1%.

1.8.6. GANGRENA ISCHEMICĂ

Pentru **Gangrena diabetică** — vezi — **Urgențe metabolice.**

Complică stadiile avansate ale : — **Arteritei obliterante aterosclerotice, — Trombangeitei obliterante — maladiei Raynaud** (colagenoze : sclerodermie, L.E.D., polinevrite, hemoglobinurii etc.).

Bolnavul ne consultă pentru : — claudicație intermitentă ; — durere nocturnă ; — tulburări trofice ale tegumentelor extremităților și ale unghiilor ; — apariția de zone livide, sfacele : paraungheale, la nivelul feței plantare a unui deget, la nivelul călcîiului — durerile devin atroce (ameliorare în poziția declivă a extremității) ; gangrena poate fi uscată și are tendința la eliminare a zonei mortificate ; — gangrena poate

Scanned with OKEN Scanner

fi umedă — este infectată, apare edem, ulcerație, roșeață zmeurie și fetiditate (*Atenție !* se va căuta diabetul) ; — apariția unei gangrene fără durere pune problema unei neuropatii diabetice sau altor boli neurologice.

Tratamentul : — vom căuta să evidențiem una din etiologiile majore ale gangrenei, în primul rînd diabetul ; — vom interzice cu desăvîrșire **Fumatul** ; — vom recomanda măsuri de igienă și confort deosebit pentru zona interesată : — tratarea atentă a micozelor, suprainfecțiilor ; — tratament intraarterial : Procaină sau Xilină 1%, — Fosfobion 4—5 fiole, — Complamin (Jupal), — Antibiotic asociat i. arterial în caz de gangrenă umedă ; — Corectarea eventualelor tulburări metabolice. Internare în spital pentru precizarea stadiului bolii, a asocierilor morbide și continuarea tratamentului, eventual abordarea chirurgicală.

1.8.7. TROMBOFLEBITA ACUTĂ

Poate constitui o urgență prin manifestările dureroase și impotența funcțională ce o realizează, dar mai ales, prin riscul complicațiilor sale :

Bolnavul ne solicită pentru : — durere spontană, și mai ales provocată la presiunea moletului, senzație de greutate în gambă ; — edemul membrului bolnav ; — căldură locală și desen venos superficial accentuat ; — *anxietatea și dispneea* sînt semne precoce interesante, uneori preced embolia pulmonară ; — febră sau stare subfebrilă și tahicardie.

Ne așteptăm la o tromboflebită acută la : — bolnavi ținuți îndelungat la pat, imobilizați de fracturi ; — bolnavi cronici subnutriți (ciroze, insuficiență renală cronică, neoplasm) ; — stări postoperatorii sau postpartum ; — boala varicoasă.

O tromboflebită superficială, recidivantă, migrantă atrage atenția asupra unui posibil **Sindrom paraneoplazic** (neo pancreatic, gastric, pulmonar, genital la femei, prostatic la bărbați etc.).

Măsuri imediate : — Tratament anticoagulant : Heparină 100 mg i.v., urmînd a se continua în spital cu Trombostop, — Antiinflamatorii nesteroide : Fenilbutazon 2 supozitoare pe zi, eventual dragee și unguent extern Lasonil sau unguent de Fenilbutazon — extern, masaj ușor, — Mobilizare precoce și masaj ușor (pentru prevenirea flebotrombozei și a **Emboliei pulmonare**). Se indică internarea pentru elucidarea etiologiei și continuarea supravegheată a tratamentului. Flebita migrantă superficială, recidivantă, impune investigații aprofundate pentru descoperirea unei eventuale neoplazii viscerale.

Scanned with OKEN Scanner

2. URGENȚE RESPIRATORII

2.1. BRADIPNEEA INSPIRATORIE

(Vezi și URGENȚE O.R.L.)

Însoțită de Tiraj și Cornaj, exprimă obstacole pe căile respiratorii superioare : — **Edemul glotic** (vezi), — **Crupul difteric, Gripal** etc. (vezi), — **Paralizii laringiene** (vezi), — **Tumori — Corpi străini** (vezi — **Urgențe** O.R.L.).

Atitudinea imediată de urgență, bolnavul fiind extrem de anxios : — Hemisuccinat de Hidrocortizon, inj. i.v. f. lent : 50—100 mg, — Calciu gluconic sau Clorat 10% f. lent i.v. În CRUP — seroterapie, antibioterapie, Hidrocortizon. În cazuri severe : Traheostomia.

2.2. BRADIPNEEA EXPIRATORIE

Prototipul este **Criza de astm bronșic.**

Sîntem chemați de urgență pentru criză de dispnee cu predominanță expiratorie, de tip bradipnee. Adesea criza apare noaptea, expirul este dificil, prelungit, zgomotos, plin de raluri, îndeosebi sibilante „wheezing". Uneori criza este precedată de strănut, obstrucție nazală etc.

Curînd apare tusea, la început seacă, penibilă, obositoare, dar încetul cu încetul ea devine productivă, se elimină o spută filantă, mucoasă, perlată, care ușurează în curînd starea bolnavului („expectorația eliberatoare").

Obiectiv : torace în inspiriu forțat, cu mișcări expiratorii dificile, prelungite ; la auscultație : „zgomot de porumbar" (rezultînd din multitudinea de raluri ronflante de diverse mărimi și raluri sibilante de diverse tonalități).

Cîteva date din antecedente sau condiții de muncă ne atrag atenția eventual asupra etiologiei alergice (**Astmul alergic — Extrinsec — Astmul primar**) — vezi : **Alergia respiratorie.**

Scanned with OKEN Scanner

Atenție! **Astmul copilului** are particularități ce vor fi subliniate în capitolul **Urgențe pediatrice.**

Măsuri terapeutice imediate: 1. confort termic și aerisire bună a încăperii; 2. Miofilin inj. i.v. foarte lent; 3. Bronhodilatin tablete a 10 mg sublingual sau alte simpatomimetice (Alupent, Izuprel, Astmopent); pulverizatoarele de mînă, conținînd bronhodilatatoare ± corticoizi — dau rezultate bune în astmul recent. În caz de rezistență; 4. Hemisuccinat de Hidrocortizon 150—200 mg în perfuzie foarte lentă i.v. Cu această pregătire și supravegheat în continuare, bolnavul este transportat la spital.

2.3. STAREA DE RĂU ASTMATIC

Sîntem chemați de urgență la un vechi astmatic care a abuzat de simpaticomimetice, bronhodilatatoare („**Astm drogat**").

Bolnavul este anxios din cauza dispneei care s-a agravat progresiv, cu toate tentativele de-a o combate. Dispneea este continuă, este polipneică, bolnavul extrem de agitat; tabloul este al unei crize asfixice, tegumentele cianotice, transpirații profuze chinuiesc bolnavul (care este „lac de apă"). Auscultația permite percepția de la distanță a unei game largi de raluri de toate tonalitățile. Putem întîlni febră și elemente de bronșioloalveolită în focare (bronhopneumonie). Dealtfel, factorul declanșant al crizei poate fi și o infecție respiratorie brutală, alteori o emoție puternică sau tulburări premenstruale etc.

În formele severe, brutale, cu enormă încărcare bronșică, pe lîngă cianoză, apar jugulare turgescente, hepatalgii cu hepatomegalie (**Tablou de cord pulmonar subacut** sau chiar **acut**), somnolență, evoluînd spre comă.

Tratamentul de extremă urgență — se instituie încă de la domiciliu: — Oxigenoterapie susținută (atenție, nu cort de oxigen!), — Hemisuccinat de Hidrocortizon 50—100 mg i.v. f. lent, urmat de perfuzie de încă 150—200 mg, f. lent, — Miofilin i.v., — Antibiotic perfuzabil (în sol. Glucoză 5%): — Cloramfenicol Hemisuccinat sau — Solvocilin (Reverin). — Cînd neliniștea bolnavului și dispneea sînt exagerate: Romergan ing. i.m. 1 fiolă a 50 mg sau 1 drajeu a 30 mg.

— **Nu vom utiliza opiacee și nici Mialgin** (riscul comei asfixice, prin inhibiția centrului respirator), — **Vom suprima simpatomimeticele.**

Scanned with OKEN Scanner

— Cînd semnele de insuficienţă respiratorie sînt grave şi T.A. permite : — Sîngerare 3—500 ml+100 mg Heparină i.v.

— Cînd decompensarea inimii drepte este evidentă, asociem la perfuzia de mai sus Strofantină 1/4 mg i.v. Sub strictă supraveghere, oxigen şi perfuzie, transportăm bolnavul la spital.

2.4. HEMOPTIZIA GRAVĂ

Poate constitui o urgenţă în :

— **boli pulmonare :** — **Tuberculoză pulmonară** (cea mai frecventă cauză), — **Bronşiectazia** sau chiar **Bronşita cronică**, — **Cancerul bronhopulmonar.**

— **boli cardiovasculare :** — **Stenoza mitrală**, — **Infarctul pulmonar**, — **Insuficienţa cardiacă** (de orice etiologie).

Mai rareori : — diateze hemoragice, — traumatisme toracice, — hemoptizii idiopatice.

Problema pe care ne-o punem imediat este : **Hemoptizie? Hemoragie rino-faringee?** sau **Hematemeză?** Bolnavul ne relatează : căldură retrosternală, iritaţie laringiană, gust de sînge şi tusea care elimină o spută roşie, aerată, spumoasă sau alteori sînge cu spută mucoasă, mucopurulentă.

Atitudine imediată : — Repaus absolut (în cameră aerisită şi confort termic, repaus fizic şi vocal), — Lichide reci (cu linguriţa, sucuri de fructe, zeamă de compot, ceai rece), — Hidromorfon+Atropină — s.c. sau i.m., sau în cazurile mai simple : Codenal 2—3 tablete odată, — Oxigenoterapie (are efect sicativ, sedativ şi analeptic), — Hemostatice injectabile (Calciu clorat 10% f. lent, i.v.+Vit. C 500 mg, venostat, adrenostazin etc. — eficienţă discutabilă ! ! !). Cu menajamente deosebite, supravegheat strict, se transportă bolnavul la spital.

2.5. PNEUMOTORAXUL SPONTAN

Urgenţă respiratorie corelată etiologic cu : — **Tuberculoză pulmonară** — 60—70%, — **Emfizem pulmonar**, — **Chiste aeriene pulmonare**, — **Bronsectazii** — **Bronşite cronice**, — **Tusea convulsivă**, — **Pneumotoraxul idiopa-**

tic benign (recidivant al tinerilor etc.), — **Pneumotoraxul traumatic** (cel mai adesea **Hemo-pneumotorax**).

Bolnavul ne solicită pentru : — dureri bruște toracice (adesea după un efort, chintă de tuse, durerea comparată cu o „lovitură de pumnal") ; — dispnee cu polipnee, accentuînd junghiul ; — anxietate, fenomene de colaps : paloare cu cianoza extremităților, transpirații reci (în pneumotoraxul masiv : tablou de șoc cardiogen sever și chiar cord pulmonar acut, prăbușire tensională, jugulare turgescente, stază hepatică).

Examen obiectiv : bombare și imobilizare a hemitoracelui interesat, hipersonoritate timpanică, abolirea murmurului vezicular.

Atitudine imediată : — Sedarea durerii : Algocalmin, chiar Mialgin (durerea este elementul colapsogen), — Anxiolitice : Plegomazin inj. i.m., Hidroxizin inj. i.m., Diazepam, Nitrazepan, Romergan ; — Oxigen în formele severe ; tot în aceste cazuri : — Sedative ale tusei : Dionina, Codeina, — Analeptice : Pentetrazol, Cofeina sau chiar Hemisuccinat de hidrocortizon 100—1 500 mg i.v. ; — Exuflarea aerului (în formele masive sau în cele asfixice *cu supapă).*

Se va lucra cu mare grijă pentru sterilitate, asepsie, pentru a preveni riscul infecției (transformarea în hidropneumotorax sau piopneumotorax). Cu menajamente deosebite, se va transporta bolnavul în spital.

2.6. INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ACUTĂ

Nu este vorba aici de formele grave ale diverselor urgențe amintite anterior care, modificînd parametrii ventilatori, pot realiza insuficiențe respiratorii.

Ne referim la acutizarea **Insuficienței respiratorii cronice din Bronhopneumopatia cronică obstructivă** (B.P.C.O.). Decompensarea respiratorie a B.P.C.O. se asociază, de regulă, cu decompensarea hemodinamică (**Cord pulmonar cronic decompensat**) și cauza obișnuită este o **Infecție respiratorie.**

Bolnavul ne solicită pentru : — dispnee cu polipnee, uneori bradipnee expiratorie ; — cianoză intensă — semnul de certitudine al insuficienței respiratorii — exprimînd desaturarea în Oxigen al sîngelui arterial ; — transpirații profuze și cefalee tenace ; — anxietate sau somnolență, stare confuzională, stare precomatoasă, tremor fin sau din contră „flapping tremor" (expresia acidozei respiratorii severe prin hipercapnie).

Scanned with OKEN Scanner

Examen obiectiv pulmonar : elemente ale bronșitei cronice și emfizemului ; cord : tahicardie, galop xifoidian (galop ventricular drept), uneori suflu sistolic tricuspidian, tulburări de ritm, extrasistolie, tahiaritmie ; hepatomegalie dureroasă și meteorism abdominal penibil ; jugulare turgescente.

Tratament imediat : — Oxigenoterapie, — Perfuzie cu un cocktail : Rp/Hemisuccinat de hidrocortizon 200 mg, Cloramfenicol hemisuccinat 1 g, Miofilin 2 fiole a 0,24 g, Strofantină 1 fiolă a 0,25 mg, 30—40 picături pe minut (supravegheat) ; — Sîngerare la celălalt braț, cînd T.A. maximă este peste 120 mm Hg, eventual urmată de 100 mg Heparină i.v.

Antibioticul din formulă poate fi înlocuit cu Solvocilină sau se poate exclude și administra i.m. Ampicilină 2—3 g în 24 ore sau Meticilină 3—4 g, în funcție de suspiciunea unei suprainfecții cu Stafilococ, B. Friedländer (la alcoolici, tarați etc.).

În forme mai ușoare : Penicilină 2—4 000 000 U i.m., alături de Streptomicină 1—2 g. Cînd există intoleranță la Peniciline : Eritromicină 1—2 g, asociată, eventual, cu Septrin (Biseptol) 3 tablete pe zi, pe cale orală.

Sub strictă supraveghere și sub oxigen se transportă bolnavul la spital.

2.7. EDEMUL PULMONAR ACUT INFECȚIOS

Situație de extremă urgență ce poate complica pneumopatiile acute bacteriene, mai frecvent, bronhopneumoniile, iar în marile epidemii — virozele respiratorii (gripa).

Este vorba de *organisme tarate* : alcoolici cronici, bătrîni, indivizi subnutriți, expuși frigului, bronșitici cronici, cardiaci decompensați, cirotici, nefritici cronici, neoplazici etc.

Bolnavul, sau anturajul mai adesea, ne solicită pentru : — dispnee intensă cu polipnee și chinte de tuse cu expectorație spumoasă hemoptoică ; — anxietate extremă ; — transpirații profuze ; — paloare sau cianoză extremă.

Obiectiv. Pulmonar : plămîni supraîncărcați de raluri de toate categoriile, zgomot de galop, hepatomegalie dureroasă, T.A. adeseori prăbușită. Evoluția este rapidă spre colaps sever, anurie și exitus.

Intervenția noastră terapeutică de extremă urgență constă în : — Oxigenoterapie (eventual prin barbotor cu antispumant), — Aplicare

Scanned with OKEN Scanner

de garouri : temporar la rădăcinile coapselor pentru 15—20 minute ; cînd T.A. permite, chiar sîngerare, — Hemisuccinat de hidrocortizon 100 mg i.v., urmat de perfuzie foarte lentă (încă 250—300 mg) — Strofantină 0,25 mg+Miofilin 0,24 g i.v. foarte lent, — Antibiotice perfuzabile (vezi **Insuficienţa respiratorie acută**). Cu asemenea măsuri terapeutice se transportă bolnavul la spital.

2.8. COLAPSUL INFECŢIOS (ŞOCUL ENDOTOXINIC)

Poate fi asociat urgenţelor anterioare sau poate complica izolat bronhopneumoniile indivizilor din categoria celor taraţi, bătrînilor, copiilor etc. Dar şi în afara patologiei respiratorii, oricare infecţie bacteriană severă, septicemie, viroză etc. se pot complica cu colaps infecţios.

Sîntem chemaţi de familie sau anturaj, la un bolnav care prezintă : — imobilitate, apatie, torpoare, conştiinţa fiind păstrată de regulă, chiar în stadiile terminale ; — paloare lividă, cianoză şi răceală a extremităţilor, transpiraţii reci acoperă tegumentele, bolnavul, care a fost febril, este hipotermic ; — pulsul rapid, mic, abia perceptibil, T.A. prăbuşită (uneori imposibil de a fi măsurată) ; — venele colabate şi foarte dificil abordabile pentru injecţii ; — respiraţia superficială (în pneumopatii se adaugă elemente de **Insuficienţa respiratorie acută** (vezi) sau **Edem pulmonar infecţios** (vezi) ; — bolnavul este **anuric** (rinichiul de şoc).

Intervenţia terapeutică de extremă urgenţă : — Oxigenoterapie. — *Se cateterizează imediat o venă, cu o sondă sterilă,* pentru a rămîne accesibilă măsurilor terapeutice : Dextran (Marisang), se începe imediat perfuzia, sau chiar numai cu Glucoza 5% (a se adăuga în acest caz *doza de Insulină corespunzătoare* aportului de Glucoză 1 U Insulină la 2 g Glucoză). — În acelaşi perfuzor : 300—500 mg Hemisuccinat de hidrocortizon sau alte corticoterapice perfuzabile : Soludacortin — „Merck", Urbason — Hoechst, Meticortolone — „Schering", avînd 250 mg pe fiolă şi putînd administra pînă la 1 g în formele severe şi rezistente de şoc. — Analeptice : sînt uneori periculoase (aritmii ventriculare) ; vor fi preferate : Isuprel, Dopamina (cînd e posibil). — Antibioterapia — perfuzabilă este obligatorie (vezi INSUFICIENŢA RESPIRATORIE ACUTĂ) ; vom reduce dozele la 50% cînd anuria persistă. — Odată cu cateterizarea venei şi instituirea perfuziei, se introduce *un cateter vezical à demeure* (**Eficienţa tratamentului se urmăreşte după relua-**

rea diurezei: creşterea debitului urinar cel puţin 40—50 ml/h).

Alţi indicatori de eficienţă: — ameliorarea senzoriului şi a stării generale; — încălzirea extremităţilor şi dispariţia cianozei; — creşterea T.A.; — creşterea amplitudinii pulsului; — normalizarea P.V.C. (N= 9—12 cm apă).

Odată luate primele măsuri, este bine ca bolnavul să fie transportat la spital; autoambulanţe speciale antişoc — dotate cu înzestrarea corespunzătoare unei astfel de terapii sînt necesare.

Scanned with OKEN Scanner

3. URGENȚE RENALE ȘI UROLOGICE

3.1. COLICA RENALĂ

Cauza obișnuită **Litiaza renală**, migrarea unui calcul prin ureter spre vezică.

Bolnavul ne consultă pentru : — durere bruscă, intensă, lombară cu iradiere spre organele genitale, rădăcina coapsei ; — neliniște, anxietate, uneori poziție antalgică (culcat în decubit lateral cu membrul inferior flectat) ; — semne urinare — de regulă : tenesme vezicale, disurie, polakiurie, uneori retenție, alteori anurie, hematurie (adesea macroscopică) ; — tulburări digestive — obișnuit : grețuri, vărsături, posibil tablou de ocluzie intestinală (astfel de simptome creează dificultăți de diagnostic și abordare terapeutică).

Putem desprinde din anamneză preexistența litiazei, și a altor colici, factori declanșanți : eforturi, călătorie cu vehicul, ingestie abundentă de lichide (bere, ceaiuri etc.).

Atitudine terapeutică imediată : Analgezice — Antispastice — preferată asocierea, ca : — Scobutil compus (asociere de brombutilscopolamină și noraminofenazonă) 1 fiolă a 5 ml inj. f. lent i.v., iar pentru întreținerea efectului Scobutil compus — supozitor sau Scobutil sau Lizadon — supozitoare. — Papaverină hidroclorică — fiole a 0,04 inj. i.v., i.m. — Atropină sulfurică — fiole a 1 mg, inj. i.v. ; s.c. ; i.m. — Algocalmin fiole a 2 ml i.m. sau analgezice sintetice mai puternice, în caz de insucces ; Baralgin, Fortral (Pentazocin) sau chiar Hidromorfon+Atropină (după ce am exclus un abdomen acut chirurgical).

Cazurile obscure, cu ileus asociat, vor fi internate de urgență. Celorlalte cazuri le recomandăm să reia legătura cu specialistul pentru un tratament etiologic cît mai adecvat.

3.2. RETENȚIA ACUTĂ DE URINĂ

Urgență apărută pe fondul unor suferințe urologice cunoscute : — **Adenom de prostată** (cea mai comună situație), — **Neoplasm prostatic**, — **Prostatita cronică**, — **Stricturile ure-**

Scanned with OKEN Scanner

trale, — **Calculi vezicali** sau migrat pe uretră, — **Polipi. Neo vezical**, — **Cistite acute** etc., sau, uneori, la femei: **Neogenital** invadant.

Sîntem chemaţi de urgenţă pentru: — dureri sub formă de **Tenesme vezicale**; — **Necesitate imperioasă, dar imposibilă, de a urina**; — stare de neliniște, anxietate.

— **Obiectiv: Glob vezical** (extrem de dureros în situaţiile amintite). *Atenţie!* vom căuta globul vezical în **Retenţiile acute „de însoţire"** (la politraumatizaţi, traumatisme rahidiene, în mielite, tabes, toxiinfecţii grave, meningite, come, accidente vasculare cerebrale, peritonite etc.). Vom interpreta atent urgenţa, spre a răspunde corect la întrebarea: **Retenţie urinară? sau Anurie?**

Cînd conchidem că este vorba de *retenţie acută*: — Scobutil compus inj. i.v. f. lent și supozitor, — Cateterism vezical cu toate măsurile de asepsie și antisepsie, — Cloramfenicol hemisuccinat i.v. f. lent și Biseptol (Septrin), asociat per os.

Se fixează bine sonda de gland, cu leucoplast, iar după golirea completă a vezicii, se pensează extremitatea sondei, se dă o probă din urină pentru laborator, și cu astfel de pregătire se transportă bolnavul la spital, precizînd pe biletul de trimitere toate măsurile luate, cantitatea de urină scoasă, aspectul, terapia medicamentoasă aplicată.

3.3. ANURIA SAU OLIGOANURIA

Urgenţă marcînd debutul INSUFICIENŢEI RENALE ACUTE prin mecanisme diverse:

1. **Prerenal „rinichiul de șoc"** — anuria se datorește prăbușirii presiunii de filtrare renală în stările de șoc: *hipovolemic* (prin deshidratări severe, hemoragie); — *cardiogen* (infarct miocardic, insuficienţă cardiacă acută, hipodiastolie acută); — *vasogen* (toxiinfecţios, anafilactic etc.); — *șocuri mixte* (traumatic, obstetrical, postoperator, șocuri prin arsuri, transfuzional etc.).

2. **Renal — cele mai comune situaţii:** — *tubulopatiile acute necrotice:* rinichiul de strivire („crush-syndrome"), hemolizele acute grave, arsurile întinse. Intoxicaţii grave cu tropism renal: sărurile metalelor grele (mercur, plumb, aur), intoxicaţii cu fosfor, arsenic, clorat de K, bismut, pesticide; medicamente: fenacetină, sulfamide, salicilaţi, antibiotice nefrotoxice: neomicină, kanamicină, polimixine, bacitracină etc.; — *glomerulonefrita difuză acută anurică* (la copii), nefrita de campanie, la taraţi etc.; — *pielonefrita acută severă*; — *infarctul renal masiv.*

3. **Postrenal — în litiază și uropatii stenozante.**

Scanned with OKEN Scanner

Medicul este chemat cel mai adesea în faza **Agresiunii etiologice**, de obicei **Faza preanurică**, şi mai rareori în **Faza anurică**, perioada de stare a I.R.A. : descoperire tardivă a bolnavului în circumstante neobişnuite (cataclisme, front, bombardament, accidente cu excursionişti, alpinişti, accidente de cale ferată etc.). **Anuria trebuie căutată**, rareori bolnavul reclamă absenţa fluxului urinar.

În oricare din stările morbide capabile a genera anuria, unul din primele gesturi ale medicului chemat la faţa locului este :

A. **Introducerea sondei vezicale „à demeure".**

A doua măsură imediată :

B. **Iniţierea tratamentului etio-patogenic.**

De promptitudinea şi calitatea acestor prime măsuri depinde soarta bolnavului, viaţa acestuia : — **Refacerea promptă a volemiei în şocul hipovolemic** (perfuzie Manitol şi Sol. electroliţi) — transfuzii de sînge, Plasmă, — **Antibioterapia în şocurile toxiinfecţioase** (penicilina şi penicilinele semisintetice, antibiotice cu spectru larg), — **Alcalinizarea intensă în stările patologice** ce pot duce la blocaj tubular (intoxicaţii cu sulfamide, cu acid acetil-salicilic, sindrom de strivire, hemolize acute, hemoglobinurii), — **Antidoturi în intoxicaţiile cu determinare renală** — Sulfactin, Toxogonin.

C. **Forţarea diurezei.** Se face instituind perfuzia de Manitol — la început rapid, aproximativ 12,5 g din sol 20%, apoi lent în următoarele 30 de minute : 30 g din soluţia 15%, alternînd cu soluţii hidroelectrolitice izotone (nu se va depăşi 30 g Manitol în 24 h).

Paralel cu Manitol se fac injecţii i.v. cu Furosemid : 6—10 fiole a 20 mg, repetate sub controlul diurezei, din 3 în 3 ore (o diureză de 40—50 ml pe oră, exprimă eficienţa terapiei noastre).

Bolnavul este internat în spital pentru continuarea tratamentului perioadei de stare, cu toate implicaţiile sale de extremă urgenţă (se vor specifica amănunţit măsurile terapeutice aplicate).

3.4. FEBRA URINARĂ

Poate realiza situaţii de urgenţă în următoarele situaţii :

3.4.1. PIELONEFRITA ACUTĂ

— Infecţie interstiţială ce caracterizează boala ; este fie descendentă (hematogenă) — la fete tinere, uneori la gravide, fie ascendentă în litiaza

Scanned with OKEN Scanner

urinară și uropatiile obstructive, malformațiile căilor urinare la copil, graviditate în ultimul trimestru.

Bolnavul ne consultă pentru : — febră înaltă cu frisoane repetate (39°—40°) ; — lombalgii, de obicei, unilaterale, uneori dureri surde, alteori tip colică renală (vezi) ; — fenomene de cistită — tenesme vezicale, arsuri micționale (disurie), polakiurie ; — manevra Giordano intens pozitivă bilateral, alteori unilateral ; — urinile tulburi, uneori hematurice.

Existînd riscul cronicizării pielonefritei cu evoluție spre **Insuficiență renală cu hipertensiune arterială severă și uremie,** vom interna bolnavul într-un serviciu de spital.

Tratamentul imediat : vezi **Colica renală.** — Repaus strict la pat ; — activarea diurezei prin aport crescut de lichide (ceai, compot, apă) ; — evitarea constipației (însămînțarea de la nivelul colonului este recunoscută).

Pînă cînd e posibilă internarea pentru urocultură și tratament țintit, se face, pentru puseul acut, un tratament cu : — Sulfametin (Sulfametoxidiazină), comprimate a 0,5 g ; 1,5 g în prima zi (în priză unică), 1 g a doua zi, apoi 0,5 g (10—14 zile) — sau — Nitrofurantoin (Furadantine), comprimate a 100 mg, 3—4 pe zi, 10—14 zile — sau — Cotrimoxazol (Biseptol, Septrin), comprimate, 4 pe zi, 7 zile.

Deoarece marea majoritate a infecțiilor urinare recunosc ca germen **Colibacilul** (pînă la 80%), aceste măsuri rezolvă momentul acut. Internarea rămîne însă obligatorie.

3.4.2. HIDROPIONEFROZA

Infecția urinei într-o hidronefroză, uni- sau bilaterală, realizează : febră, durere lombară accentuată de schimbarea poziției, rinichi mare la palparea lojei, uneori rinichi mare intermitent — în funcție de retenție și puseu inflamator, moderate semne de intoxicație uremică.

Tratament imediat : Analgezice și internare în spital. Cînd nu e posibilă imediat : Ampicilină, flacoane a 500 mg, 2—3 pe zi, eventuală asociere : Cotrimoxazol (Biseptol, Septrin).

3.4.3. SUPURAȚII RENALE ȘI PERIRENALE

Este vorba de supurații metastatice de la infecție cu **Stafilococ auriu** de origine cutanată (furuncul, piodermită, antraxul cefei etc.) și foarte rar **Streptococ, Coli, Pneumococ** etc. Se poate realiza **Abcesul renal** și **Flegmonul perinefretic.**

Bolnavul ne solicită pentru lombalgii unilaterale, cu contractură și apărare locală, hiperestezie și chiar elemente inflamatorii locale în **Flegmonul perirenal.**

Tratamentul imediat cu antibiotice antistafilococice și internarea pentru soluționarea chirurgicală — lombotomie cu drenaj. Se instituie tratament cu : — Meticilină : 4—6 g/zi (flacon a 1 g), asociată per os cu Oxacilină, capsule a 250 mg sau Cloxacilină capsule a 250 mg (2 g/zi).

3.4.4. NEOPLASMUL RENAL

Poate realiza uneori febră cu alură septică și rezistență terapeutică, putînd simula oricare din stările infecțioase amintite. Hematuria, tumora palpabilă și răsunetul general ne obligă la internarea bolnavului pentru precizarea diagnosticului și soluționare chirurgicală.

3.4.5. TUBERCULOZA RENALĂ

Febra este mai puțin semnificativă ; un tablou de cistită rezistentă la tratamentele uzuale, la un adult tînăr, adesea bărbat între 20—40 ani, cu trecut bacilar pulmonar, cu hematurii constante, macroscopice, trebuie să ne sugereze diagnosticul.

Internare imediată într-un serviciu de urologie sau chirurgie.

3.5. HEMATURIA

Este un simptom major în boli renale și urologice, poate însoți situații de urgență, cum am văzut în : — **Colica renală** în **Litiaza renală** (vezi), — **Infarctul renal** (vezi), sau este evocatoare pentru : — **Neoplasmul renal**, — **TBC renal**, — **Glomerulonefrita „în focare"**, — **Glomerulonefrita difuză acută.**

În ultimele două situații este un simptom ce trebuie căutat, fiind de obicei microscopică. Hematuria impune internarea în vederea precizării diagnosticului și a soluției terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

3.6. HIPERTENSIUNEA RENALĂ

Recunoaşte drept cauze în ordinea frecvenţei : — **Pielonefrita cronică, Glomerulonefrita difuză acută, subacută cronică, — Glomeruloscleroza diabetică (Kimmelstiel-Wilson), — Malformaţii renale** (R. polichistic, R unic), **Hipertensiunea renovasculară, — Nefropatia gravidică (Toxemia gravidică).**

Urgenţele sînt realizate de tendinţa la **Malignizare** a H.T.A renale : — **Encefalopatia hipertensivă** (vezi) **Edemul pulmonar acut** (vezi) **Eclampsia puerperală** — în **Toxemia gravidică, — Pseudouremia acută eclamptică** — în unele forme de **Glomerulonefrita difuză acută.**

Ultimele două urgenţe se realizează prin **Edemul cerebral.**

Bolnavul ne solicită de urgenţă pentru : — cefalee violentă ; — vărsături „de tip central" ; — tulburări de vedere.

Obiectiv : valori foarte mari ale T.A. maxime şi minime, bradicardie, zgomot de galop.

Urmează : — pierderea cunoştinţei ; — convulsii generalizate sau localizate *(accesul eclamptic)* ; — disartrie, amauroză, surditate, vertij ; — hemiplegii, hemipareze tranzitorii.

Atitudine terapeutică de urgenţă : — Sîngerare 4—500 ml, — Diuretic drastic : 5—6 fiole Furosemid i.v., — Soluţii hipertone i.v.=Sulfat de Mg 25% — extrem de lent ; Glucoză 33% ; — Sedative : — Fenobarbital 0,20 g — 1 fiolă i.m. sau — Plegomazin — i.v. sau i.m. Astfel pregătit, bolnavul este transportat de urgenţă la spital.

În cazul **Toxemiei gravidice** — după pregătirea de mai sus, internarea la maternitate pentru soluţionarea sarcinii. Copilul adesea suferă — mortalitatea fetală e foarte mare, de asemenea riscul matern

3.7. UREMIA ACUTĂ ŞI CRONICĂ

Expresia decompensării I.R.A. sau I.R.C. — este o stare de autointoxicaţie complexă interesînd întreagă economia, realizînd : — manifestări nervoase ; — manifestări digestive ; — manifestări respiratorii ; — manifestări cardiovasculare ; — manifestări sanguine.

Tulburările hidroelectrolitice, realizează complicaţii din cele mai de temut, de risc vital şi trebuiesc cunoscute spre a fi prevenite şi corect combătute, astfel :

Scanned with OKEN Scanner

3.7.1. HIPERKALIEMIA – „INTOXICAȚIA CU POTASIU"

În perioada anurică a I.R.A. duce la riscul stopului cardiac.

Vom administra de urgență :

Glucoză 33% i.v., asociind cantitatea echivalentă de Insulină, ceea ce permite fixarea în celulă a K. De asemenea, inj. Ca chlorat. Vom urmări efectul corectării kaliemiei pe EKG.

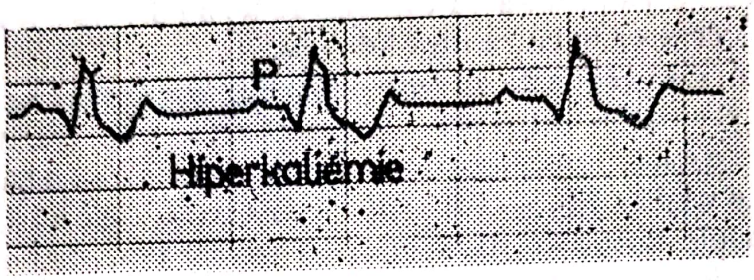


Fig. 26. EKG în hiperkaliemie severă (peste 6,5 mEq/l).

3.7.2. HIPERHIDRATAREA CELULARĂ ȘI GLOBALĂ – „INTOXICAȚIA CU APĂ"

De asemenea, în I.R.A., în faza anurică cînd nu se respectă strict bilanțul intrări-ieșiri de lichide.

Există riscul :

Edemului cerebral — anunțat de cefalee, vărsături „centrale", fosfene, amauroză, acufene, tulburări de echilibru, limba este umedă (la F.O. : edem papilar, stază venoasă etc.) sau **Edem pulmonar acut** — anunțat prin dispnee, palpitații, precordialgii, tuse cu spută rozată spumoasă sau net hemoptoică.

Tratament de urgență, pînă e posibilă spitalizarea : — Soluții hipertone : Glucoză 20—33%, Sulfat de Mg 25% f. lent i.v., — Plegomazin, Fenobarbital — i.m., — Strofantină 0,25 mg+Miofilin, — Sîngerare 4—500 ml : Codeină, Dionină, pentru iminența de **Edem pulmonar acut.**

3.7.3. HIPOKALIEMIA

Hipokaliemia din I.R.C. sau în perioada de remisiune a I.R.C. poate genera aritmii prin hiperexcitabilitate miocardică, pînă la **Fibrilația ventriculară.** EKG ne permite evidențierea traseului caracteristic hipokaliemiei. Corectarea atentă, supravegheată se va face numai în spital. În aritmiile ventriculare vom folosi Xilina (vezi **Urgențe în aritmii**).

Scanned with OKEN Scanner

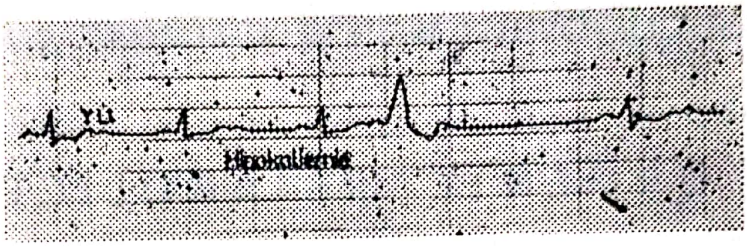


Fig. 27. EKG în hipokaliemie severă (3,2 mEq/l) — se remarcă prezența undelor U, aplatisarea undelor P și T, subdenivelare S—T și o Ex. ventriculară.

3.7.4. ACIDOZA METABOLICĂ

În perioada de stare a I.R.A. și în uremia cronică, datorită deficitelor sistemelor tampon ale rinichiului (acidoză renală) și retenției de radicali acizi.

Bolnavul este dispneizant, respirații ample tip Kussmaul („respirație de om obosit"), hipotensiune arterială, accentuînd tendința la colaps și intrarea în comă. La tratamentele anterioare se asociază soluție izotonică alcalină — bicarbonat de Na 1,4% — 500 ml — diluată cu ser fiziologic sau Glucoză 5%. Cînd cordul e decompensat sau sînt semne de edem cerebral, se va prefera sol. tampon fără sodiu : Tham (tris-hidroxi-aminometan) — Thamesol — 150—200 ml din sol. 0,3 molară, conținînd 36 g/litru.

Scanned with OKEN Scanner

4. URGENȚE METABOLICE

4.1. DIABETUL ZAHARAT

4.1.1. PRECOMA ȘI COMA DIABETICĂ

Bolnavi diabetici cunoscuți, tratați cu Insulină la care intervin multe circumstanțe favorizante : — infecții intercurente ; — indisciplină dietetică ; — greșeli în ajustarea dozelor de Insulină ; — traumatisme, intervenții chirurgicale ; — eforturi excesive sau emoții puternice ; — sarcină ; — factori iatrogeni : corticoterapie, saluretice etc.

Bolnavul ne consultă pentru astenie progresivă, anorexie în contrast cu accentuarea polidipsiei și poliuriei. Dacă se depășește această etapă, apar grețuri, vărsături și dureri abdominale în etajul superior (mimînd chiar abdomen acut chirurgical).

Ne frapează respirația amplă „de om obosit" (R. Kussmaul), ou halenă de „mere putrede", tegumente uscate, de asemenea, mucoasele, hipotonia globilor oculari, limba „prăjită". Astenia devine extremă, bolnavul zace flasc, se instalează o stare de torpoare întreruptă de momente de agitație. Curînd bolnavul intră în comă flască cu areflexie, prăbușirea T.A., puls rapid abia perceptibil. Se va face o determinare inițială de glicozurie și corpi cetonici.

Atitudine terapeutică imediată : Se începe în paralel Hidratarea și Insulina. Se va institui o perfuzie cu debit rapid, în care vom asocia 3 părți ser fiziologic+o parte ser bicarbonat izotonic (1,4%)+o parte apă distilată. Vom perfuza, în primele 2 ore, 3 litri din această soluție. Odată cu hidratarea se administrează 40—50 U Insulină i.v. și 40 U subcutan, după care se va continua cu 20 U Insulină la fiecare 2 ore. Dacă starea de colaps este severă, adăugăm în perfuzie 500 ml Macrodex 6%.

În condiții de supraveghere, continuînd perfuzia și notînd toate datele în biletul de trimitere, vom interna de urgență bolnavul (vom folosi autoambulanțele speciale dotate antișoc — fiind necesar pe cursul transportului : Oxigenoterapia, Hidratarea, ambulanța încălzită).

Scanned with OKEN Scanner

4.1.2. PRECOMA ŞI COMA HIPOGLICEMICĂ

Cel mai adesea este vorba de diabetici insulinodependenţi, forme instabile metabolic, uneori urmare a unei *indiscipline* sau greşeli dietetice sau terapeutice.

Alteori un abuz de alcool cu dispepsia secundară, sau suferinţe viscerale cu insuficienţă hepatică, renală sau medicamente, ca beta-blocanţii adrenergici sînt factori responsabili pentru declanşarea hipoglicemiei.

Sîntem solicitaţi pentru starea de neliniște, cefalee, senzaţie de foame cu transpiraţii profuze, tremurături, uneori tulburări psihonevrotice grave, agitaţie de tip maniacal, histeroid, agresivitate, hiperexcitabilitate sexuală, putînd duce la acte medico-judiciare, la tentative de omucidere sau sinucidere.

Astfel de manifestări grave sînt posibile la cei ce au făcut hipoglicemii repetate, mai ales cînd se asociază etilismul cronic.

Dacă nu s-a intervenit terapeutic corespunzător în acest stadiu, găsim bolnavul în comă : facies palid sau vultuos, tegumentele pline de transpiraţii profuze, tremurături, hipertonie musculară, hiperreflexie, mioclonii sau chiar convulsii — S. Babinsky bilateral. Puls rapid — plin —, T.A. normală sau crescută. Glicemia cînd putem s-o determinăm se află sub 60 mg%.

Atitudine terapeutică de mare urgenţă : — Glucoză hipertonică — 33% — 80—100 l i.v. (foloseşte şi ca test diagnostic), — Glucagon — 5 mg se perfuzează în continuare lent i.v.

Diabeticii foarte labili metabolic — copiii, hepaticii cronici, etilicii — repetă deseori crizele hipoglicemice, ceea ce duce, în timp, la consecinţe grave asupra sistemului nervos. O muncă susţinută de educaţie sanitară se impune, pentru a fi prevenite astfel de accidente. După primele măsuri este necesar transportul bolnavului la spital, în condiţii de atentă supraveghere.

4.1.3. DIABETUL ŞI SARCINA

Sarcina poate fi o sursă de complicaţii la o femeie diabetică, mergînd pînă la riscul vital (mortalitatea maternă 1—2% iar mortalitatea fetală 10%).

În practică putem întîlni două situaţii : 1) sarcină la o femeie diabetică cunoscută anterior ; 2) apariţia primelor manifestări clinice ale diabetului în cursul sarcinii.

Fiind vorba de femei tinere, diabetul zaharat la o astfel de vîrstă este un diabet juvenil, deci un diabet pancreatic insulinodependent. Con-

Scanned with OKEN Scanner

form legislației în vigoare (Decret 771/1966), „se indică întreruperea sarcinii la femeia suferind de diabet zaharat cu denutriție sau diabet insulino- sau sulfamidodependent". Dacă gravida dorește să păstreze sarcina, va trebui supravegheată cu totul deosebit, cunoscută fiind marea instabilitate metabolică a diabetului în sarcină. Sînt posibile, mai ales în prima jumătate a sarcinii, fie episoade de acidocetoză, fie repetate hipoglicemii (disgravidiile de prim trimestru sînt responsabile de astfel de accidente).

Un alt tablou de extremă urgență îl reprezintă **Toxemia gravidică** (Nefropatia gravidică primară) — disgravidia de ultim trimestru — cu **Hipertensiune arterială** și preeclampsia, avînd o incidență pînă la 50% din gravidele diabetice.

Gravida ne consultă pentru cefalee intensă, ameteli, vîjîituri în urechi, edeme masive, hipertensiune arterială. Toxemia gravidică la diabetică realizează mortalitate maternă de 25%, față de 6,5% la gravidele nediabetice.

Alte complicații grave : avortul spontan — 20%. Apariția unor complicații la gravida diabetică impune imediata internare în spital. Regimul alimentar va fi adaptat acestei deosebite labilități metabolice a diabetului în sarcină. Dozele de insulină, de asemenea, adaptate situației clinice și valorilor glicozuriei și glicemiei. În partea a doua a sarcinii echilibrarea e mai ușoară (acum participă metabolic și pancreasul fetal). Oricum, dintre factorii de dezechilibru trebuie, atent, corectați : tulburările hidroelectrolitice, infecțiile intercurente, medicamentele etc.

4.1.4. DIABETUL ȘI VÎRSTA ÎNAINTATĂ

Particularitățile diabetului la vîrstnici :

— prag renal pentru glucoză crescut, față de diabetul adultului ;

— simptomatologie săracă : polidipsia rar manifestă, polifagia relativă, descoperire adesea întîmplătoare cu ocazia unei complicații ;

— ca evoluție este un diabet de intensitate moderată și puțin evolutiv ;

— ca tratament, nu necesită în principiu Insulină, în condițiile obișnuite ;

— este dominat de **Complicațiile degenerative**: riscul esențial fiind vascular : diabeticul vîrstnic moare prin : — **Complicații cardiace (Infarct miocardic)**, — **Complicații renale (Uremie cronică)**, — **Complicații cerebrale (Tromboză cerebrală)**, — **Coma acido-cetozică este excepțională.**

Scanned with OKEN Scanner

Există față de acest **Diabet îmbătrînit** — o formă mai rar întîlnită de **Diabet sever al omului vîrstnic** („**Diabet senil**"), cu următoarele trăsături : — nu există obezitate nici actuală, nici în trecut ; — descoperirea este realmente tardivă (după 60 de ani) ; — aproape totdeauna acest diabet se manifestă prin semne clasice și prin slăbire rapidă, însoțită de o astenie profundă ; — insulinoterapia se demonstrează a fi indispensabilă în aproape 70% din cazuri, medicația antidiabetică orală fiind ineficace, cu toate că cetonuria este inconstantă.

Insulina este eficace în doze moderate, dar diabetul acesta rămîne dificil de controlat, din cauza marii sale instabilități. Toate aceste trăsături : sensibilitate la Insulină, instabilitate, evoluție progresivă, raritatea retinopatiei etc., traduc natura pancreatică a acestui diabet, asemănător celui din pancreatite cronice sau unele cancere pancreatice. Este vorba de o senescență pronunțată și progresivă a glandei.

Trebuie subliniate două forme particulare pe care le poate îmbrăca **Coma diabetică la bătrîni:**

Coma hiperosmolară. Comă prin **Deshidratare gravă** cu **Hiperglicemie masivă** (8—10—12 g‰), **fără acido-cetoza,** comă indusă de : — stări infecțioase ; — eforturi fizice mari ; — diuretice drastice ; — corticoterapie.

Sîntem chemați la un bătrîn diabetic pentru : stare gravă de deshidratare, neliniște, polipnee, limbă arsă, uneori convulsii, nistagmus, hipotonie marcată a globilor oculari, coma se instalează lent. *Găsim* : **Hiperglicemie, Glicozurie, Absența acetonei,** rezerva alcalină normală, **Azotemie.**

Tratament : Se începe Hidratarea intensivă cu soluții izotonice : 6—8 litri în primele 3—4 ore. Insulină 50 U i.v.+50 U subcutan. Hidratarea este bine să se facă, paralel, și pe gură (este preferabilă — făcînd eficientă administrarea i.v. de soluții de glucoză). Astfel pregătit, bolnavul se internează în spital.

Coma acidotică fără cetoză (coma lactacidotică). Comă instalată rapid, la bătrîni, îndeosebi aflați sub tratament cu biguanide (Meguan).

Factori favorizanți : — insuficiență cardiacă ; — colaps (cardiogen, infecțios) ; — abuz de alcool ; — hepatită cronică în evoluție ; — nefropatie cronică.

Sîntem chemați la un diabetic bătrîn pe care-l găsîm în comă sau numai în stupoare, cu dispnee de tip acidotic (Kussmaul). Prognosticul este infaust.

Tratament : alcalinizare intensivă cu Bicarbonat Na 1,4% sau THAM și internare de urgență.

Scanned with OKEN Scanner

4.2. OBEZITATEA

4.2.1. URGENȚE VASCULARE

Este recunoscută frecvența mult crescută față de normoponderali a **Urgențelor vasculare** (apariția prematură și rapid progresivă a aterosclerozei) : — **Accidente vasculare cerebrale** (vezi), — **Cardiopatia ischemică** (vezi), — **Arteriopatia obliterantă a membrelor inferioare** (vezi).

Asocierea **Hipertensiunii arteriale** este aproape o regulă, ceea ce precipită progresiunea aterosclerozei și a accidentelor vasculare.

4.2.2. INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ÎN OBEZITATE (S. PICKWICK)

Din cauza abundenței de țesut gras se realizează o hipoventilație pulmonară, cu păstrarea perfuziei, ceea ce duce, prin „contaminarea venoasă", la hipoxie și hipercapnie.

Sîntem solicitați de familie la un bolnav obez (între 100—130 de kg) care prezintă o stare de somnolență exagerată : bolnavul adoarme în orice împrejurare, cînd nu este solicitat, chiar în ortostatism, ceea ce îi produce prejudicii prin cădere. Cianoza și transpirațiile profuze însoțesc tabloul acestei hipersomnii, respirația superficială uneori cu caracter periodic (Cheyne-Stokes).

Mai tîrziu, se adaugă fenomene de insuficiență cardiacă dreaptă.

Tratament : Eupneizante, diuretice, dar esențialul este cura de slăbire.

4.2.3. INSUFICIENȚA VENOASĂ A MEMBRELOR INFERIOARE

Este apanajul multor forme de obezitate, realizînd suferințe cronice : varice, tulburări trofice, tromboflebite, sindrom posttrombotic. Urgențe pot fi realizate prin :

I. **Accidente tromboembolice** (vezi).

II. **Tromboflebita acută** (vezi).

Scanned with OKEN Scanner

III. Erizipel recidivant — la nivelul zonelor cutanate, cu troficitate alterată.

Bolnavii ne solicită pentru: frison solemn, febră pînă la 40°, curbatură, cefalee, vărsături (de subliniat ca factori favorizanți diabetul, alcoolismul, vîrsta înaintată). La nivelul gambei apare un placard roșu intens, perfect delimitat, foarte dureros. În cîteva ore pot apărea la suprafață vezicule, chiar flictene care se ulcerează. Limfangita și adenopatia satelită inghinală se remarcă.

Tratament: — Penicilină cristalină, 1 200 000 U de 2 ori pe zi, — Lasonil, Fenilbutazon — unguent extern, și internare în spital pentru continuarea tratamentului.

4.2.4. HIPOTENSIUNEA ORTOSTATICĂ

Este un accident de temut la marii obezi cu **Varice enorme ale membrelor inferioare** — la schimbările bruște ale poziției (de la clino- la ortostatism). Vom recomanda ciorapi elastici și **Cura de slăbire.**

4.3. HIPERURICEMIA — GUTA

Maladie metabolică familială, caracteristică prin hiperuricemie și precipitați urați în țesutul conjunctiv.

4.3.1. ACCESUL DE GUTĂ

Sîntem chemați de urgență la un bolnav care a fost trezit în jumătatea a doua a nopții, în mod brusc, de o durere acută ce se accentuează progresiv, durere localizată la articulația metatarso-falangiană a primului deget, pe fața internă **(Podagra).** Mai rar sînt posibile alte localizări: șold, genunchi, mînă etc.

Durerea se asociază cu o hiperestezie foarte vie, roșeață și edem local, ceea ce creează o mare neliniște bolnavului.

Aflăm de la bolnav că, seara precedentă a mîncat abundent, s-a obosit, a umblat în frig („criza partidei de vînătoare").

Scanned with OKEN Scanner

Dacă vom examina alte articulații, vom găsi prezența tofilor gutoși (la nivelul olecranului, a tendoanelor rotuliene).

Tratamentul imediat: Fenilbutazon — supozitor, urmat de drajeuri sau — Alindor (Rheopirin, Igrapyrin) — drajeuri sau — Tomanol („Byk-Gulden") — fiole a 5 ml — inj. i.v. f. lent (posibil în marile crize); inj., de preferat, i.m. Se va asocia local și unguent Fenilbutazon. Cînd avem la dispoziție, se obțin rezultate foarte bune cu medicația specifică accesului gutos **Colchicine (Houdé)** — comprimate a 1 mg (din 2 în 2 ore). Se începe cu 3—4 comprimate în prima zi și se reduc dozele pînă la a 4—5-a zi (2×1/2 comprimat). Constituie și un test diagnostic. Se internează bolnavul spre a se continua tratamentul și investigațiile, îndeosebi pentru funcția renală. Alte urgențe pot fi realizate în gută de consecințele **Hiperuricemiei.**

4.3.2. COLICA RENALĂ – LITIAZA URICĂ

— **Insuficiența renală cronică** — cu evoluție spre uremie;

— **Hipertensiunea arterială** — cu progresiune rapidă a aterosclerozei (mai ales că asocierea Diabetului zaharat este frecventă).

4.4. DISLIPIDEMIILE

Realizează urgențe, în special acele categorii de dislipidemii care se însoțesc de **Hipertrigliceridemie** (primar sau secundar).

4.4.1. CRIZELE DUREROASE ABDOMINALE

Creează mari dificultăți de diagnostic, dacă nu se cunoaște fondul dismetabolic. Unii bolnavi ajung la laparotomii repetate, criza confundîndu-se cu abdomenul acut.

Sîntem chemați de urgență la un bolnav care prezintă dureri epigastrice violente, însoțite de vărsături (practic intoleranță gastrică) și apărare musculară în epigastru sau hipocondrul drept.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectiv : aproape totdeauna găsim **Xantomatoza diseminată** pentru trunchi, fese, hepatomegalie, uneori şi splenomegalie. Dacă recoltăm sînge şi-l lăsăm să se coaguleze — *serul este lactescent.* O astenie exagerată şi somnolenţă sînt elementele clinice ce ne pot ajuta în interpretare.

Atitudine imediată : Heparină 100 mg i.v., nu este necesar pentru efectul hipolipemiant şi clarifiant al serului o doză mai mare pe zi. Analgezicele, Antispasticele sînt utile a se asocia cu Scobutil compus inj. i.v. sau supozitoare. Se internează bolnavul pentru precizarea tulburării metabolice, pentru stabilirea tratamentului dietetic şi medicamentos necesare prevenirii unor atari crize şi a altor complicaţii.

4.4.2. PANCREATITA ACUTĂ

Poate complica diversele tipuri de hiperlipemii, dar mai ales este frecventă în **Hiperlipemiile secundare etilismului cronic** — după o beţie ocazională. Găsim hepatomegalie, paloare icterică şi serul lactescent în sindromul **Zieve** (steatoză etilică a ficatului, hiperlipidemie şi anemia hemolitică). Uneori icterul poate ţine de **Hepatonecroza etilică acută.**

Atitudine imediată : Atropinizare — inj. i.v. — fiole a 1 mg Atropină, Antibiotice cu spectrul larg injectabil : Ampicilină din 6 în 6 ore 1 g i.m., Tetraciclină perfuzabilă/Solvocilin ± Hidrocortizon hemisuccinat 150—200 mg în perfuzie. Transportul supravegheat la spital pentru administrarea în continuare de antienzime (Trasylol).

4.5. PORFIRIILE

Nu sînt stări morbide de incidenţă importantă ; aceste tulburări metabolice ale pigmenţilor respiratori îşi au în marea majoritate a cazurilor o origine congenitală familială.

Există : 1. **Porfirii primare — Forma eritropoetică (Günther)** — fotosensibilă, — **Porfiria cutanea tarda.**

Sînt mai frecvente întîlnite în practică : 2. **Porfirii secundare** (simptomatice) în : — **Intoxicaţii cronice cu metale grele** (Pb, Hg, As), — **Intoxicaţii cronice cu benzen,** — **Expunerea îndelungată la raze X,** — **Hepatopatii**

Scanned with OKEN Scanner

cronice, — Pelagra, — Unele anemii cronice (Biermer, An. Hemolitice).

Factori declanşanţi : — toxici (medicamente : barbiturice, sulfamide, piramidon, mercuriale, chinină, As., antimalarice de sinteză), — *alcool* (rol important), — factori infecţioşi, sînt responsabili de apariţia unor situaţii de urgenţă :

4.5.1. COLICA ABDOMINALĂ

Sîntem chemaţi de urgenţă pentru : colici abdominale violente, stare de neliniște exagerată — agitaţie psihomotorie, lipsa contracturii, comprimarea abdomenului cu pumnii ameliorează durerea (de aceea bolnavii iau poziţii bizare). Vărsăturile sînt uneori incoercibile, realizînd grave tulburări hidroelectrolitice. Constipaţia tenace şi meteorismul exagerat (realizînd *falsă ocluzie intestinală).* Durerile se disting greu de : — pancreatita acută ; — apendicita acută ; — colica biliară ; — boala ulceroasă ; — infarctul mezenteric.

Un sprijin valoros în diagnostic îl oferă : **coexistenţa Tahicardiei şi a Hipertensiunii arteriale; — urina de culoare roşie-brună** („vin de Burgundia") fie la emisiunea, fie la expunerea la lumină (datorită cantităţii mari de uroporfirină) ; — deseori pe abdomenul bolnavului se văd **Cicatrice de la laparatomii** *anterioare (false interpretări de abdomen acut chirurgical).*

— Semne neurologice asociate : — paralizii ale membrelor cu amiotrofie (recuperare completă după criză) ; — *paralizii ale extensorilor* (cu evoluţie progresivă) ; — nevralgii, tulburări de sensibilitate.

Tulburări psihice — agitaţie psihomotorie, delir halucinator.

Astfel de tablou îl realizează şi :

— **Colica de plumb :** — Saturnismul profesional, — Saturnism neprofesional. (Consumatori cronici de ţuică fabricată clandestin în cazane — alambicuri — lipite cu cositor).

Atitudine terapeutică imediată : — Calciu gluconic i.v., — Sulfat de Mg 25% i.v. f. lent, — Clordelazin (Plegomazin) i.v. ; i.m. **A se evita neapărat :** Barbituricele, Sulfamidele. Bolnavul este internat de urgenţă pentru continuarea investigaţiilor şi tratament cu chelatori de Pb (Edta-Edetamin), (fiole a 10 ml=sol. apoasă injectabilă de Calciu — etilen — diamintetraacetic disodic 10%), perfuzii lente i.v. (1—2 fiole pe zi).

Scanned with OKEN Scanner

4.6. DENUTRIȚIA

Indiferent de formele sale : — **Primară** și — **Secundară**. Indiferent de etiologia sa, denutriția poate realiza urgențe ca :

4.6.1. CRIZA HIPOGLICEMICĂ

De obicei este vorba de forme benigne, manifestate prin : foame imperioasă, tahicardie, palpitații, tremurături, transpirații profuze, tulburări vasomotorii, iminențe lipotimice. În denutrițiile secundare unor endocrinopatii, diabet zaharat sever, caşexii neoplazice, ciroze, sindroame de malabsorbție severe etc., **criza hipoglicemică poate duce pînă la Precomă și comă hipoglicemică** (vezi).

Tratament imediat : — Glucoză hipertonică 33% — 100 ml inj. i.v. Internare în spital, precizînd pe biletul de trimitere terapia aplicată.

4.6.2. HIPOTENSIUNEA ORTOSTATICĂ

Cu frecvente crize lipotimice, la marii denutriți, în slăbirea endocrină (Addison, Basedow), în tumorile mari abdominale etc.

Bolnavul ne relatează că schimbarea de poziție (de la clino- la ortostatism), aplecarea bruscă, un efort fizic, produc brusc ameteală, palpitații, anxietate, stare de rău pînă la leşin (lipotimie), cu promptă revenire după culcare la orizontală.

Tratament imediat : — Culcarea bolnavului cu capul mai jos. — Analeptice ușoare : Cafeina, n. benzoică inj. subcutan sau într-o linguriță cu apă, sau o cafea mai concentrată.

În formele severe : — Hemisuccinat de H.C. — 100 mg f. lent i.v. Cînd H.O. este consecința unei Terapii hipotensoare sau Tranchilizante susținute, se vor suprima aceste medicații.

Scanned with OKEN Scanner

5. URGENȚE HEMATOLOGICE

5.1. ANEMIA ACUTĂ

Este realizată prin : a) pierdere rapidă de sînge :

5.1.1. ANEMIA ACUTĂ POSTHEMORAGICĂ

sau b) prin distrucție masivă de hematii.

Sîntem chemați pentru : bolnav palid, lipotimic, senzație de sete, transpirații, polipnee superficială, puls rapid, filant, abia perceptibil, prăbușirea T.A. (ne aflăm în fața unei **Stări de șoc hemoragic** — formă de șoc hipovolemic).

Tratament de urgență : — Oprirea hemoragiei — cînd hemostaza e posibilă ; — Hemostatice — injectabile (adecvate etiologiei : vit. K, Venostat) ; — Lichide reci „per os" în hemoragiile digestive și hemoptiziile severe (vezi **Hemoptizii**, vezi **Hemoragiile digestive**) ; — Perfuzii masive de ser fiziologic (efect tranzitor de refacerea volemiei) ; — Transfuzii de sînge (cînd nu e posibilă imediata spitalizare). Se transportă de urgență bolnavul la spital, în condiții de supraveghere strictă, autoambulanță încălzită (autoambulanță de șoc).

5.1.2. ANEMIA ACUTĂ HEMOLITICĂ

Realizează șocul hemolitic, urgență datorită unei masive distrucții intravasculare de hematii, de etiologie foarte diversă :

— Incompatibilitate transfuzională ;

— Hemoliza bacteriană — septicemii postabortum cu **Perfringens**, — septicemii cu **Meningococ**, — septicemii cu streptococ, **Stafilococ** ;

— Hemoliza toxo-alergică : penicilina, fenacetina, chinina, piramidon, P.A.S. etc., veninuri de șarpe, ciuperci otrăvitoare, arsuri întinse ;

Scanned with OKEN Scanner

— Hemoliza prin autoanticorpi — în pneumopatia atipică (cu v. Eaton), gripă, parotidită epidemică, mononucleoze infecţioase ; — hemoglobinuria paroxistică „a frigore" (etiologie luetică) ; — maladia aglutininelor „la rece" : colagenoze, hemopatii maligne, sindroame limfoproliferative ;

— Anemii hemolitice de cauză corpusculară — crizele hemolitice pe fondul unei anemii hemolitice cronice.

Bolnavul prezintă : frisoane solemne, febră înaltă, cefalee, dureri violente abdominale (simulînd un abdomen acut), rahialgii atroce, poliartralgii, oligurie, pînă la anurie, vertije, iminenţe lipotimice. Uneori urticarie, alteori tulburări vasomotorii grave — pînă la gangrene ale extremităţilor.

Se dezvoltă rapid un icter cu paloare, urinile roşietice sau chiar negre (hemoglobinurie).

Atitudine imediată : — Se intervine cauzal cînd e posibil : întreruperea transfuziei, antibiotice adecvate, antidoturi etc. — Corticoterapia perfuzabilă imediată : H.C. Hemisuccinat (se începe cu 100 mg inj. f. lent i.v. şi se continuă cu perfuzie lentă : 3—400 mg pînă la 1 g). Se transportă bolnavul la spital, strict supravegheat, sub perfuzia de H.C.

5.2. PURPURA HEMORAGICĂ

Diateză hemoragică care poate avea mecanism vascular sau trombocitopenic. Tablouri de urgenţă pot realiza **Purpurele vasculare:**

5.2.1. PURPURA REUMATOIDĂ SCHÖNLEIN-HENOCH

Se realizează prin mecanism infecto-alergic : infecţia streptococică (debutul precedat de angina streptococică la 8—10 zile) în 80—100%. Mult mai rar : alergie alimentară, alergie medicamentoasă (piramidon, salicilaţi, chinină, seruri etc.).

Bolnavul ne consultă pentru : febră, astenie, anorexie, dureri poliarticulare cu tumefacţii şi impotenţă funcţională (la membrele inferioare îndeosebi), dureri abdominale, vărsături, uneori diaree, tablou de abdomen acut (**Purpură abdominală — Henoch**) — rareori hemoragii digestive (melenă). Purpură, adesea localizată la gambe.

De regulă şi manifestări renale : hematurie, chiar semne de glomerulonefrită difuză cu insuficienţă renală. Paraclinic : Semnul garoului pozitiv.

Tratament : Se instituie imediat Corticoterapia. Putem începe cu 100 mg Hidrocortizon hemisuccinat i.v., continuînd cu Prednison per os. Se recomandă internarea în clinică. Se vor întrerupe medicamentele suspecte de a genera unele manifestări de tip alergic ; se pot asocia antihistaminice.

5.2.2. PURPURA TROMBOCITOPENICA

Manifestări de urgenţă pot realiza formele : — **Idiopatice** (Mal. Werlhof, Mal. Glanzmann) întîlnite în patologia copilului.

În patologia adultului întîlnim formele :

— **Secundare** — mult mai frecvente :

— **Toxice** — benzol, săruri de aur, arsenicale, iod, antimitotice, veninuri etc.

— **Infecţioase** — septicemii, endocardita bacteriană, scarlatina.

— **Colagenoze** — L.E.D.

— **Hipersplenism** — hepatopatii cronice, maladia hemolitică congenitală.

— **Agenţi fizici** — Röentgen, radioizotopi, arsuri întinse.

— **Autoimune** — barbiturice, aspirină, antitiroidiene de sinteză, estrogeni, cloramfenicol, chinină, chinidină etc. (anticorpi antitrombocitari).

— **Metastaze medulare sau leucoze** (metaplazii medulare).

Bolnavul ne solicită pentru sîngerări cutanate (purpură), gingivoragii, epistaxis, subfebrilităţi sau frisoane şi febră înaltă, în cele infecţioase şi autoimune, bineînţeles semnele bolii de bază ; foarte rar hematurii, rectoragii, hemoragii cerebrale.

Vom căuta printr-o anamneză atentă să desprindem agresiunea etiologică (toxic, iradiere, medicamente, alimente) ; un examen obiectiv minuţios ne va oferi date importante pentru încadrare (examenul abdomenului, cordului etc.). **Paraclinic :** alungirea exagerată a T. Sîngerare şi Trombocitopenia.

Atitudine imediată : — Hidrocortizon hemisuccinat — 100 mg i.v., urmat de Prednison oral (exceptînd suspiciunea de etiologie neoplazică). Internare de urgenţă, specificînd pe biletul de trimitere agentul etiologic sau suspiciunea şi terapia aplicată de urgenţă.

Scanned with OKEN Scanner

5.3. DIATEZE HEMORAGICE COAGULOPATICE

Cele mai comune situații sînt cele prin deficit de **Protrombină**: tulburări ale absorbției vit. K (calcul coledocian, neo cap pancreas, sau căi biliare, fistule biliare cronice, rezecții intestinale, steatoree pancreatică), — tulburări ale depozitării și utilizării vit. K pentru elaborarea protrombinei (insuf. celulară hepatică); — antivitamine K (anticoagulante cumarinice).

Sîntem solicitați pentru: a) **Hemoragii mucoase: — Gingivoragii, — Epistaxis.** b) **Hemoragii viscerale: — Hematurii, Hemoptizii, Hemoragii digestive, Metroragii. La unul din bolnavii purtători a unora dintre bolile implicate** în deficitul de protrombină.

Paraclinic: Timpul de protrombină alungit (scurtarea indicelui de P).

Tratament imediat: Doze mari de vit. K (se folosește și ca test, pentru a diferenția deficitul de protrombină de aport față de cel celular-hepatic — Testul Koller). Internare imediată în spital pentru un tratament etiologic.

c) **Sindroame ictero-hemoragice.** Se realizează în angiocolitele severe, în **Hepatite grave cu mare insuficiență hepatică:** hepatite virale — forme severe, hepatite infecțioase în febra tifoidă, mononucleoza infecțioasă, leptospiroza ictero-hemoragică etc., hepatita colostatică medicamentoasă sau toxică — cloroform, tetraclorură de carbon, arsenicale, clordelazin, H.I.N. rifampicina, metiltestosteron, ciuperci otrăvitoare etc.

Adeseori găsim tabloul marei insuficiențe hepatice cu **Precoma hepatică** (cu fenomene nervoase, digestive și hemoragice).

Internare imediată în spital, după ce administrăm Vitamina K_3 în doză mare intramuscular sau Fitomenadion (Vit. K_1) — f. lent i.v. Suprimarea medicamentelor sau a alimentelor, a toxicelor hepatotrope, eventual asociere de Hidrocortizon hemisuccinat în atingerile toxice ale ficatului.

Un alt grup, mai rar, de diateze hemoragice, de obicei constituționale, sînt cele prin deficit de **Tromboplastină — Hemofilia** (cunoscută de bolnav sau/și de anturaj, de la naștere sau din prima copilărie). Urgențele pot fi realizate de **Hemoragii ireductibile** (după traumatisme, plăgi, intervenții chirurgicale, extracție dentară etc.).

Hematoame voluminoase, de mare risc: — hematom al psoasului; — hematom fesier; — hematom retroperitoneal etc., antrenînd greșeli de diagnostic și riscul supurației (transformarea în flegmoane).

Scanned with OKEN Scanner

Hemartroza — la copii între 5—10 ani (la genunchi, cot, umăr etc.), cu mari deformații și anchiloze în perspectivă, sau artrite septice.

Hemoragii viscerale : — Hematemeze, — Hemoptizii, — Hematurii.

Paraclinic : alungirea T. Coagulare (chiar pînă la 24 h).

Atitudine imediată : — perfuzie cu Plasmă proaspătă, — Globulină antihemofilică liofilizată, — Aplicații de trombină — pe plăgi, intervenții chirurgicale, — Corticoterapie pentru Hemartroze (H.C. Hemisuccinat în perfuzie și Prednison oral), — Ac. Epsilonaminocaproic (EACA) — ar limita unele sîngerări mucoase și viscerale (epistaxis, hematurie). Internare imediată în spital (indicînd terapia aplicată).

5.4. FIBRINOLIZA ACUTĂ

Se realizează după : — Intervenții chirurgicale (plămîn, tiroidă, prostată) ; — Intervenții obstetricale, prin trecerea în circulație, în cantitate masivă de activatori ai fibrinolizei.

Asistăm la hemoragii, uneori, cataclismice, pe care de obicei nu le mai putem stăpîni, alteori e posibilă limitarea lor prin : — Ac. Epsilonaminocaproic (EACA) în doze mari, 4—6 g la început, i.v., urmat de perfuzie în ritm de 1 g/h, — Transfuzii de sînge proaspăt.

5.5. COAGULOPATIA DE CONSUM

În cursul stărilor grave de șoc obstetrical, chirurgical, arsuri întinse, șoc endotoxinic, pancreatita acută hemoragică, veninuri de viperă, embolie pulmonară gravă, unele medicamente (chimioterapice, antitiroidiene, antivitamine K etc.).

Prin tromboze întinse în microcirculație se realizează un consum exagerat de factori ai coagulării, ceea ce în etapa a II-a realizează **Hemoragii importante**, întinse, hematoame, hemoragii viscerale, găsim bolnavul „lac de sînge".

Paraclinic : — Trombocitopenie sub 100 000/mm³, — Fibrinopenie (sub 2 g ‰), — Scăderea indicelui de protrombină (sub 50 %).

Tratament (se începe imediat) : Heparină — 100 mg i.v., apoi din 4 în 4 ore cîte 50 mg (300 mg în 24 ore), Transfuzii de masa eritrocitară.

Scanned with OKEN Scanner

Bineînțeles că, astfel de accidente, dacă se realizează în afara spitalului, vor impune imediata internare. Tratamentul deșocant va permite revenirea parametrilor hemostazei spre limitele permise și se va face susținut, intensiv și controlat.

5.6. AGRANULOCITOZA-PANCITOPENIA

I. De origine **toxică** : arsenicale, benzoli, piramidon, antimitotice, antitiroidiene de sinteză, unele antibiotice (este implicat de obicei și un mecanism imunologic) și II. De origine **neoplazică** (metastaze sau metaplazii leucemice).

Bolnavul ne solicită pentru : — stare septică ; — angină cu disfagie (ulcerații ale mucoaselor) ; — sindrom hemoragipar-purpură, hematoame, hemoragii mucoase și viscerale.

Atitudine imediată : — suprimarea cînd e posibil al factorului agresiv ; — antibiotice cu spectru larg (se exclude Cloramfenicolul) ; — Corticoterapia perfuzabilă este un adjuvant util ; — transfuzii de sînge. Bineînțeles că, vom interna de urgență bolnavul pentru toate aceste condiții.

Scanned with OKEN Scanner

6. URGENȚE DIGESTIVE

6.1. HIPERSALIVAȚIA ȘI ASIALIA

Hipersalivația (sialorea) — creșterea cantității de salivă, uneori scurgându-se din gură.

Se întîlnește în : — bolile glandelor salivare ; — nevralgiile trigeminului ; — bolile gastrointestinale ; — afecțiuni esofagiene ; — graviditate ; — bolile sistemului nervos central ; — intoxicații cu pilocarpină, muscarină, fiziostigmină, strofantină, digitală ; — la copii în timpul erupțiilor dentare ; — stomatite (în special cele din intoxicația cu mercur).

Tratament : — etiologic, — simptomatic : atropină, — cazurile rezistente : Röentgenterapie pe glandele salivare.

Asialia (Xerostomia) — diminuarea secreției glandelor salivare cu senzația de uscăciune a gurii.

Se întîlnește în : — deshidratări masive, boli cu pierderi masive lichide (diabet zaharat, diabet insipid) ; — boli infecțioase acute ; — intoxicația cu beladonă, opiu, nicotină ; — sindrom Sjögren (artro-oculo-salivar).

Tratament : — etiologic, — simptomatic : pilocarpină 3×0,003 g, pe gură sau subcutan.

6.2. DISFAGIA ACUTĂ

Dificultate de înghițire, senzația că bolul alimentar se oprește și „nu mai merge în jos".

Se întîlnește în : — leziunile dureroase ale cavității bucale, limbii și esofagiene ; — tulburări neuromusculare faringiene (leziunile nucleilor nervilor motori) : poliomielită, paralizie faringiană postdifterică etc. ; — tulburări funcționale esofagiene (cardiospasm) ; — nevroză histerică

Scanned with OKEN Scanner

(„senzație de glob") ; — esofagite acute (infecții, agenți corosivi) ; — ulcer peptic esofagian ; — reflux gastroesofagian ; — corpi străini esofagieni ; — perforații și rupturi esofagiene.

Este posibilă instalarea bruscă în leziuni organice cronice : — leziuni laringiene : laringită bacilară, neoplasm laringian ; — neoplasm tiroidian ; — obstacole mecanice la nivelul esofagului (stenoze postcaustice, cancer, tumori benigne) ; — diverticulii esofagieni ; — leziuni extrinseci care determină compresiuni esofagiene (stenoza mitrală, anevrismul de aortă) ; — hernia hiatală ; — boli generale : sclerodermia, anemia feriprivă (sindromul Plummer Vinson).

Tratament : — etiologic, — simptomatic ; — sedative, — anticolinergice (atropină și derivați) — anestezice topice : sol. Procaină 1% pe gură.

6.3. CARDIOSPASMUL (ACHALAZIA)

Bolnavul prezintă disfagie cu regurgitarea alimentelor, durere retrosternală. Disfagie cu caracter capricios, pasager, uneori prezintă disfagie paradoxală (deglutiție mai bună pentru alimentele solide decît pentru cele lichide).

Tratament : — mese de consistență semilichidă ; — deglutiție ordonată ; — neurosedative (brom, luminal) ; — soluție Procaină 2%, 1—2 linguri, cu 15—20 minute înaintea meselor ; — Nitrit de amil din soluția 1%, 1—3 picături de inhalat sau Nitroglicerină 1 tabletă sublingual ; — Papaverină, pe diferite căi de administrare ; — neutralizante ce conțin carbonat de calciu, magnezie usta bismut carbonic. După internare: — dilatarea cardiei cu dilatator mecanic ; — intervenție chirurgicală ; cardiomiotomia extramucoasă (operația lui Heller).

6.4. GASTRITA ACUTĂ

Bolnavul acuză dureri epigastrice acute, vii, însoțite de vărsături chinuitoare, obiectiv aspect obosit al feței, stare de deshidratare, limbă încărcată, halenă fetidă.

Etiologie : — ingerare de alcool, medicamente, salicilați, aspirină etc., alimente în cantitate prea mare (indigestie sau toxice) ; — alimente

Scanned with OKEN Scanner

prea fierbinți sau prea reci ; — agenți corosivi (acizi puternici, baze puternice, alcool, sublimat corosiv etc.) ; — stări infecțioase febrile (febre tifo-paratifoide, dizenterie, gripă, pneumonie) ; — alergie digestivă cu manifestare la nivelul stomacului ; — uremia.

Tratament : La început spălătură gastrică (atenție la toxicele corosive), apoi poțiuni sedative (pe bază de procaină, stovaină), antiemetice : atropină, clordelazin, emetiral. Regim lichidian cîteva zile, apoi treptat se reia alimentația. În continuare, combinație de pulberi alcaline, pansamente pentru o perioadă mai îndelungată.

6.5. ENTEROCOLITA ACUTĂ – DIAREEA FEBRILĂ

Bolnav febril, astenie, stare de șoc (uneori), acuzînd dureri colicative, diaree cu scaune apoase, cu mucozități, asocierea vărsăturilor : gastroenterocolită acută.

Etiologie : factori alimentari, toxici, infecțioși, alergici.

Tratament : — regim hidric, cu aport suficient de sare ; — antibiotice : Streptomicină per os, Cloramfenicol, Tetraciclină, Neomicină, sau sulfamide cu absorbție lentă : Ftalilsulfatiazol, Furazolidon ; — dezinfectante intestinale : mexaform, saprosan ; — vitamine din grupul B, K ; — antispastice, Scobutil, t-ra opii, t-ra Davilla ; — pansamente intestinale : bismut carbonic, calciu carbonic ; — enzime digestive : triferment, festal, mexase, Kombyzim, Luysim, Cotazim forte ; — rehidratare și reechilibrare electrolitică.

6.6. HEMORAGIA DIGESTIVĂ ACUTĂ

Tablou clinic caracterizat prin paloare, ameteli, sudori reci, senzație de sete, palpitații (tahicardie), tulburări de vedere, vîjîituri în urechi, uneori lipotimie, vărsătură cu sînge (roșu de cele mai multe ori, sau negru, dacă sîngele a stagnat în stomac). După o perioadă de timp variabilă, scaune negre moi „ca păcura", fetide (melenă).

Etiologie :

1. Hemoragia digestivă superioară : a) ulcer gastroduodenal, b) ulcerul peptic postoperator, c) tumorile maligne gastrice, d) ulcere de stress

Scanned with OKEN Scanner

și gastrite hemoragice : I. *acute :* — prin agenți corosivi, — acizi puternici, — sublimat etc., — hidrat de sodiu. — Medicamente cu risc hemoragic : — ACTH, — Corticoterapie, — fenilbutazonă, — aspirină. II. *prin autointoxicație uremică :* — prin leziuni ulcerative gastro-intestinale ;

e) polipoza gastrică, f) hernia hiatală, g) hepatite cronice și ciroze, h) tromboza portală, tromboza venei splenice, i) diatezele hemoragice (Sindromul Schönlein-Henoch, angiomatoza familială Rendu-Osler), j) arterioscleroza (vîrstnicii hipertensivi), k) sindroamele esofagiene.

2. Hemoragia intestinală : a) traumatisme abdominale, b) febra tifoidă, c) infarctul mezenteric, d) polipoza colică, e) rectocolita hemoragică.

Orice bolnav cu hemoragie digestivă va fi spitalizat (secție de terapie intensivă sau serviciu de chirurgie). Supraveghere permanentă în cuplul : internist+chirurg.

Criterii clinice de gravitate : — *subiectiv :* anxietate, sete, agitație sau prostrație ; — *obiectiv :* paloare, absența recolorării dungii albe după presiune la nivelul tegumentelor frunții, puls mic și rapid, peste 120 pe minut, tensiunea arterială scăzută pînă la colaps. La spital urmărirea : — curbei febrile, — numărului de eritroeite, — hematocritului, — hemoglobinei, — ureea sanguină, — tensiunea arterială și pulsul.

Măsuri terapeutice imediate (la domiciliu și în timpul transportului) : — perfuzie cu sînge de grup 0, Rh+, — plasmă sau substituenți plasmatici (soluție macromoleculară de tip Dextran, sau chiar ser fiziologic, pentru refacerea volemiei). La spital : a) poziția bolnavului Trendelenburg, b) transfuzii izogrup, izo Rh, c) perfuzii de substituenți : Macrodex, Reomacrodex, d) medicație antiacidă, anticolinergice, e) medicație hemostatică : calciu, venostat, vitamina C, vitamina K, fitomenadion, trombină (per os), f) neurosedative, oxigenoterapie.

Alimentație hidrică în primele zile (ceai, lapte, frișcă, smîntînă — reci). La 5—7 zile regim similar celui din ulcerul în criză necomplicat.

În ulcerul gastroduodenal, dacă hemoragia nu se oprește, spontan în 48 ore, se intervine chirurgical. Operația se va executa imediat, în următoarele condiții : 1. cînd T.A. nu-și revine și nu se menține ; 2. cînd tahicardia atinge 130—160/minut ; 3. cînd hematiile coboară sub 2 000 000/mmc ; 4. cînd Hb scade sub 60%, sau hematocritul sub 30% ; 5. cînd hemoragia se repetă la scurte intervale (melenă sau alte ori hemoragie intestinală cu sînge roșu).

Hemoragia digestivă superioară în ciroze cu hipertensiune portală

1. **Oprirea hemoragiei** — hemostatice : clauden, venostat, hemophobin, fitomenadion, vit. K 3—4 fiole i.m. trombină per os ; — sonda Sengstaken-Blakemoore (cu balonaș și posibilitate de aspirație a conținutului

sucului gastric) ; — perfuzie glucozată 5% — 200 ml, la care se asociază 1—2 fiole glanduitrin (extract retrohipofizar).

Dietă hidrozaharată absolută. După 2—3 zile : lapte rece 250—500 ml. După alte 2 zile : frișcă 100—150 g ; se adaugă supă de zarzavat, pireu de mere, iaurt, pireu de legume, perișoare de carne.

2. **Corectarea anemiei și înlocuirea masei sanguine.** Sînge perfuzat izogrup 300—500 ml, de 2—3 ori în 24 ore.

3. **Profilaxia encefalopatiei portale.** I. aspirație gastrică, II. clisme evacuatoare 200—250 ml apă, III. limitarea putrefacțiilor intestinale prin : a) administrarea orală de Neomicină — Aceasta sterilizează flora microbiană amonioformatoare ; b) terapie antidot : — 10—20 g glutamat de sodiu i.v. (Multiglutin) — alfacetoglutarat de ornitină, Aspatofort — fiole i.v. — Arginină Sorbitol în perfuzii zilnice, — soluție acizi aminați (Trophysan), — perfuzii levuloză 5 cm glucoză (fie izotonică, fie hipertonică) (preferată glucozei) alternînd la 2 zile ; c) administrare de vitamine din grupul B (B_1, B_6, B_{12}) i.m., d) terapie eumetabolică : corticoterapie.

6.7. COLICA BILIARĂ

Durere cu maximum în hipocondrul drept, violentă, iradiată în spate, subscapular sau în umărul drept, se însoțește de grețuri, vărsături, meteorism, stare de neliniște, agitație, rareori durerea se propagă precordial, se însoțește de extrasistole, chiar de fenomene de șoc (diagnostic diferențial față de infarctul miocardic).

Survine după abuzuri alimentare, grăsimi, maioneze, ciocolată, ouă etc., și uneori după stressuri psihice. În următoarele ore de la apariția colicii poate apărea subicterul sau icterul franc. La palpare se poate decela, pe lîngă punctul cistic dureros, uneori hidropsul vezicular foarte sensibil la palpare sub tensiune.

Etiologie : — litiază biliară ; — afecțiuni inflamatorii ale căilor biliare ; — afecțiuni dischinetice ale căilor biliare. Spitalizare în caz de apariție a icterului sau de hidrops vezicular.

Examene de laborator (în caz de icter) : — hiperbilirubinemie directă cu bilirubinurie, urobilinogen normal, prezența în urină a sărurilor biliare (colalurie). Probele hepatice : integritatea funcțiilor hepatice. Timpul de protrombină alungit — se normalizează la administrarea vitaminei K (test Koller). Fosfataza alcalină, colesterolemie — mult crescute.

Scanned with OKEN Scanner

Colangio-colecistografia — permite evidențierea calculilor. Investigația radiologică se face numai după liniștirea durerilor.

Tratamentul colicii biliare : — analgezice, antispastice : algocalmin injectabil i.m., papaverină fiole a 0,04 g cu sau fără Atropină, Scobutil compus inj. i.v., Lizadon comprimate sau supozitoare, uneori trinitrina (Nitroglicerină sublingual) ; — în formele severe : Hidromorfon + Atropină subcutanat, Procaină 1% i.v., Miofilin i.v. (ultimele două **pentru a combate** spasmul oddian favorizat de opiacee). În caz de angiocolită asociată, vezi tratamentul angiocolitei.

6.8. ANGIOCOLITA ACUTĂ

Durere colicativă însoțită de frison și febră înaltă, icter și hepatosplenomegalie dureroasă („în armonică"), cu prurit cutanat supărător.

Etiologie : — litiaza coledociană ; — procese patologice stenozante ale coledocului ; — coledocite ; — oddite stenozante ; — neoplasm ampular ; — neoplasm de cap de pancreas etc.

Spitalizare. Tratament : — suprimarea factorului care întreține colestaza ; — tratament antibiotic (antibiotice cu spectrul larg — Tetraciclină) ; — analgetice, antispastice (vezi tratamentul colicii biliare).

6.9. PANCREATITA ACUTĂ

Debut violent, acut, durere terebrantă „în bară" în abdomenul superior, transfixiantă, iradiantă în stînga, în spate, vărsături alimentare, apoi bilioase, stare de șoc, anxietate. Survine la : — obezi, după abuzuri alimentare, alcool ; — litiazici biliari ; — traumatisme abdominale.

Tratament. Măsuri terapeutice imediate prechirurgicale : — gheață pe abdomen ; — aspirație duodenală cu sonda „à demeure" ; — combaterea durerii : Procaină 1% i.v., Mialgin, Demerol ; — Atropină injectabil i.v. și subcutan repetat ; — Calciu Gluconic i.v. ; — antienzime : Trasylol, Zimofren, Iniprol (perfuzii i.v.) 50—100 000 U/zi ; — perfuzii Hidrocortizon Hemisuccinat + antibiotice cu spectru larg.

Examene de laborator : Hiperamilazemie — urie, hiperglicemie, glicozurie. VSH crescut, leucocitoză. Paralel : posibil semne de icter mecanic.

Scanned with OKEN Scanner

6.10. HEPATITE ACUTE GRAVE

6.10.1. HEPATITA FULMINANTĂ SAU SUPRAACUTA (ATROFIA HEPATICĂ ACUTĂ)

În primele 7—10 zile de evoluție a unei hepatite obișnuite se constată apariția unui icter intens, scăderea volumului hepatic, hipertermie, hiperleucocitoză, aminoacidurie, hiperamoniemie, scăderea albuminelor, fibrinogenului, colesterolului esterificat, factorilor coagulării, oligurie cu uree sanguină și hiperbilirubinemie la valori ridicate. Evoluție spre comă și exitus.

Evoluție și tratament : — Hidrocortizon 400 mg i.v., în doze fracționate și cu sevrajul respectiv timp de două săptămîni ; — Glucoză 10% : 200 ml+clorură de potasiu, clorură de sodiu și vitamine ; — Tetraciclină 250 mg la 6 ore ; — oxigen la mască.

6.10.2. HEPATITĂ GRAVĂ SUBACUTĂ

Bolnav prezentînd un sindrom clinico-biologic caracterizat prin hepatomegalie fără atrofie, splenomegalie, febră continuă, icter, anorexie, vărsături, sensibilitate algică în abdomenul superior, steluțe vasculare, flapping pronunțat, hiponatremie, scăderea serumalbuminei etc.

Evoluție de cîteva săptămîni, cu complicații grave posibile (hemoragie digestivă, septicemie intercurentă, stări de colaps, atingeri poliviscerale etc.). În final exitus, sau evoluție spre ciroză meta-icterică rapid evolutivă — tip Mossé-Marchand-Mallory.

Etiologie : — forme agresive de virus ; — hepatite toxice sau infecțioase grave (produse de cloroform, tetraclorură de carbon, arsenicale, săruri de aur, fosfor, ciuperci, leptospiroză etc., care au trecut peste pericolul atrofiei galbene acute.

Tratament : vezi tratamentul hepatitei fulminante.

6.11. CRIZA DE PENETRAȚIE

Vechi ulceros acuzînd dureri cvasi-continui cu iradiere posterioară, întinse, nu sînt calmate de alimente și alcaline, vărsături frecvente, stare generală alterată. Internare în spital.

Scanned with OKEN Scanner

Regim de lapte, 1—1/2 litri, luat în porţiuni mici sau diluat cu ceaiuri, eventual asociat cu frişcă şi smîntînă proaspătă, pentru ca apoi să se adauge supe false (supe de cereale), sucuri de fructe dulci, griş, orez şi pireuri, ouă moi, brînză proaspătă, carne, trecîndu-se progresiv la regimul adecvat. Alcalinizare susţinută şi pansamente gastrice (subnitrat sau carbonat de bismut, amestecuri în părţi egale, bicarbonat de sodiu, calciu carbonic, magnezie usta). Anticolinergice, antispastice (Atropină 1—2 mg/zi, Papaverină, Lizadon, Belatot, Fobenal, Scobutil sau asociere cu neutralizante, tranchilizante etc.), Ulcerotrat (sinonim : Rotter), Calmogastrin (conţine aluminium silicat), Ulcomplex, blocante ale secreţiei acide — Cimetidină — Tagamet.

Anticolinergice de sinteză : Pepulsan, Bantină, Probantin comprimate a 15 mg, 3—4/zi, Antrenyl comprimate a 0,005 mg 3—4/zi. Reechilibrare psihovegetativă, preparatele de meta-clopamidă (Reglan) în doze de 30—50 mg/zi. Tratament chirurgical — după consult cu chirurgul.

6.12. STENOZA PILORICĂ

Bolnav ulceros prezentînd dureri epigastrice prelungite, cu o ritmicitate mai puţin evidentă, rebele la tratamentul medical, vărsături alimentare abundente şi tardive, eliminînd alimente ingerate în prealabil cu 12—24 ore, stare de astenie, pierdere în greutate.

La examenul obiectiv se constată peristaltism gastric, vizibil la inspecţie şi clapotaj epigastric.

Examenul radiologic : dilatare mare atonă a stomacului, care conţine mult lichid de stază. La 4—6 sau chiar după 24 de ore prezenţa bariului în stomac.

Tubajul gastric evidenţiază resturi alimentare şi lichide de hipersecreţie. Stenoza pilorică organică este de indicaţie chirurgicală. Preoperator : echilibrare proteinică, vitaminică, electrolitică.

6.13. COLICA INTESTINALĂ

Bolnavul acuză dureri intense, ce survin brusc, prezentînd paroxisme şi încetînd brusc, intervalul dintre crize fiind relativ liber, greţuri, tendinţă la diaree. Obiectiv — abdomen dureros.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologie : — afecțiuni ale intestinului subțire ; — enterite acute (însoțite adesea de gastrite acute) ; — deficitul enzimatic (deficitul de dizaharidază) ; — sindromul de malabsorbție ; — boala Crohn ; — bolile intestinului gros și apendicelui ; — colopatii funcționale (colonul iritabil).

Durerile durează de multă vreme. Sînt intensificate de factori alimentari (lapte, crudități, făinoase), nervoși (stări de încordare și enervare), hormonali (legătura cu ciclul menstrual), medicamentoși (abuzul de laxative). Durerile sînt ușurate de căldură și de scaun, însoțite de tulburări de tranzit (alternanțe de constipație cu diaree, prezența de mucus în scaun). — Colopatii organice (neoplasm de colon), diverticuli, apendicină acută.

După spitalizare : Examenul radiologic : — radioscopie gastrointestinală, — irigoscopie. Explorare morfologică : — biopsie mucoasă intestinală prin aspirație — secțiune. Tușeu rectal. Examene endoscopice : — examen rectoscopic, — laparoscopie.

Tratament : combaterea durerii : anticolinergice (atropina, tinctura belladonae 3×15 picături/zi, Scobutil, Papaverină, Novocaină 1% cîteva linguri. În colonul iritabil : — psihoterapie, — repaus fizic și psihic, — evitarea alimentelor bogate în celuloză brută, — antispastice și tranchilizante în asociere.

6.14. ILEUSUL MECANIC ȘI ILEUSUL DINAMIC

Ileusul mecanic : — durere intermitentă colicativă severă fără contractură ; — vărsături (alimentare, bilioase, fecaloide — în ordinea gravității) ; — oprirea emisiunii de gaze și fecale ; — agitație intestinală (zgomote intestinale și peristaltice).

Etiologie — calculi, conglomerat de paraziți, obstruînd lumenul intestinal ; — compresiuni externe, bride, tumori ; — torsiuni, invaginații, strangulări.

Spitalizare : Radioscopic : multiple imagini hidroaerice.

Tratament : — antalgice comune ; — albastru de metilen 1% (2—10 ml i.v.) ; — procaină 1% i.v. ; — eventual infiltrații splanhnice ; — clisme înalte, călduțe ; — reducerea herniei (încercare) ; — reechilibrarea electrolitică ; — aspirație intestinală ; — antibiotice ; — tratament chirurgical.

Ileusul dinamic : — distensie dureroasă abdominală, meteorism enorm ; — liniște abdominală (absența peristaltismului) ; În stadii avansate : — vărsături bilio-fecaloide ; — semnele intoxicației intestinale : dispnee, puls mic, tahicardie, cearcăne etc.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologie : — peritonită generalizată (după perforații, ulcer, apendicită) ; — origine reflexă, paralizii, embolii, colici renale, biliare ; — boli generale : porfiria acută, saturnism, ceto-acidoza diabetică, hipokaliemia.

Spitalizare : Tratament etiologic.

6.15. RECTOSIGMOIDITA ACUTĂ

Bolnavul acuză dureri în fosa iliacă stîngă și în hipogastru, senzație de apăsare în regiunea pelviană, dureri la defecație, tenesme, evacuare imperioasă, penibilă, frecvență (20 pe zi), febră extrem de neregulată. Materiile fecale, acoperite de mucus, puroi și sînge. Anorexie, greață, astenie.

Etiologie : — diverticulii colonului ; — proctitele (rectitele) specifice sau nespecifice, asociate de obicei cu inflamația colonului (rectocolită ulceroasă).

Spitalizare : Rectoscopia : hiperemie, peteșii, sîngerări, prezența de mucus, ulcerații. **Complicații : perforații, hemoragii masive, anemii, mai rar cancerizare. Tratament etiologic.**

În **rectocolita ulceroasă :** Prednison 15—30 mg/zi, local microclisme cu 40 mg Hidrocortizon în 50—100 ml soluție salină, supozitoare cu salazopirină. Salazopirină 1 g, 4—6 ori pe zi. Nu se dau antibiotice (numai în formele grave cu complicații septice).

6.16. CRIZA HEMOROIDALĂ

Dureri accentuate la defecare, stare generală alterată, temperatura axilară pînă la 38°, pulsul ridicat — în jur de 100/minut —, senzație de arsură și usturime, mai ales la ședere.

Local noduli foarte sensibili la palpare, colorați albastru-violet închis, netezi și lucioși.

Tratament : — infiltrații lombare cu novocaină 0,5%, 60—100 ml injectată bilateral în dreptul vertebrelor L_3—L_4 ; — unguent ichtiolat 10—15%, lasonil, pomezi ; Hemorsal, Hemorzon ; — comprese locale cu ceai de mușețel rece sau soluție de „Romazulan" (1 lingură la 1 litru de apă) ; — incizarea nodulului.

Scanned with OKEN Scanner

6.17. RECTORAGIA

Bolnavul remarcă prezența sîngelui în scaun sub formă de striuri sanguinolente, uneori hemoragii abundente.

Etiologie : — cancerul colonului (rectoragii microscopice, apoi macroscopice, sîngele amestecat cu glere) ; — rectocolită ulcero-hemoragică (vezi recto-sigmoidita acută) ; — polipoza colică ; — hemoroizi sîngerînzi (intensitate variabilă, de la mici striuri de sînge pînă la hemoragii abundente). Hemoragia apare în timpul defecației, îmbrăcînd bolul fecal ; — cancerul rectal (sînge roșu cu chiaguri, sau ușor transformat (zaț de cafea). Hemoragia precede scaunul, sau poate fi circumferențială.

Examinări complementare : — tușeu rectal ; — examenul endoscopic ; — examenul radiologic prin clismă baritată.

Tratament etiologic.

6.18. PRECOMA ȘI COMA HEPATICĂ

Bolnav prezentînd inițial astenie, cefalee, grețuri, vărsături, meteorism, subicter, respirație cu miros fetid, manifestări hemoragice pe mucoase, somnolență, delir, stări confuzionale. Starea clinică necesită spitalizare. Ulterior, pierderea progresivă a cunoștinței, urmată de stare de comă.

Examenul obiectiv : — colorație icterică — intensă, sau palid pămîntie a feței și tegumentelor ; — limba uscată, roșie, smeurie ; foetor hepatic ; — respirație profundă ; — abdomen destins cu circulație colaterală ; — fenomene hemoragice manifeste ; — variații rapide de volum a ficatului ; — uneori creșterea splinei ; — oligurie accentuată ; — steluțe vasculare și purpură ; — pupile midriatice ; — tulburări respiratorii (Kussmaul, Cheyne-Stokes, Biot).

Examen de laborator : — pozitivitatea maximă a probelor funcționale hepatice.

Etiologie : — hepatită virotică (cu agresiune virotică masivă) ; — suferințe hepatice cronice (hepatite cronice, ciroze).

Tratament : — vezi encefalopatia portală și comele dishomeostatice.

Scanned with OKEN Scanner

6.19. ENCEFALOPATIA PORTALĂ ȘI COME DISHOMEOSTATICE

Encefalopatia portală. Hepatic cronic prezentînd tulburări de caracter, de conștiință, stare subdelirantă, „flapping tremor", ascită. Recent a prezentat hemoragii digestive neevacuate complet, abuz de etanol sau alimentație proteică excesivă. Uneori administrarea unei medicații amoniogene. Necesită internare în spital.

Laboratorul relevă : hiperamoniemie și hiperglutaminorahie. Evoluție benignă, uneori spontan reversibilă.

Come dishomeostatice. Coma hiponatremică. Hepatic cronic cu ascită, avînd un regim hiposodat sever, paracenteze repetate, diarei severe, saluretice în tratament prelungit, poate evolua spre o scădere a natremiei care să ducă la comă hiponatremică, nu prezintă semne de insuficiență hepatică majoră și intoxicație hepatogenă. Laboratorul remarcă — hiponatremie, — hipocloremie, — hiperazotemie, — scăderea R.A.

Coma hipokaliemică. Aceleași cauze+administrare masivă de Glucoză. Examen de laborator : — hipokaliemie. EKG : undă „U" prezentă.

Tratament : Glucoză izotonică 5% i.v. 500—1 000 ml, zilnic, asociată cu ClK 1,5 g la litru ; — Vitamine : B_1, B_2, B_6, B_{12} ; — Multiglutin în perfuzie ; — Fosfobion în perfuzie de glucoză ; — clisme înalte și antibiotice ca tetraciclinele (oral prin sondă duodenală) ; — acid aspartic 6—8 g/zi. Aspatofort, aspartat de K și Mg : Tromcardin, Panangin ; — Arginină hidroclorică în perfuzii 25—40 g/zi (Arginina — Sorbitol sau — buvabilă).

Este indicată sonda duodenală pentru aspirație și administrare de glucoză, levuloză, lichide, glutamați ; glucocorticoizi : Prednison 50—100 mg/zi, Superprendol 6—10 mg/zi. În plus, tratamentul decurge și după indicațiile de la hemoragia digestivă superioară (H.D.S.) și ciroza hepatică.

Comele dishomeostatice. Corectarea tulburărilor electrolitice, acidobazice.

Scanned with OKEN Scanner

6.20. TROMBOZA PORTALĂ

Tablou de abdomen acut, cu dureri mari abdominale, alterare gravă a stării generale, dureri splenice, febră mare.

Obiectiv : creşterea rapidă de volum a abdomenului, splina creşte bruse şi este extrem de dureroasă, dezvoltare rapidă a ascitei care poate deveni exudat (Rivalta pozitiv), hemoragie digestivă superioară recidivantă. Evoluţie spre colaps şi exitus.

Etiologie : — ciroze cu hipertensiune portală ; — sindroame bantiene cu elemente de hipersplenism, cu trombopenie, anemie, leucopenie, diateză trombopatică. Internare de urgenţă.

Tratament : vezi tratamentul H.D.S. în ciroze cu hipertensiune portală.

Scanned with OKEN Scanner

7. URGENȚE ÎN BOLI REUMATICE

7.1. REDOAREA ARTICULARĂ MATINALĂ

Bolnavul acuză dureri matinale intense în articulațiile afectate (la începerea ambulației și activității „dureri de drenaj", cu ameliorare ulterioară „desruginire"). Reapariția durerilor pentru articulațiile portante în ortostatism prelungit și mers îndelungat. Meteorosensibilitate evidentă.

Etiologie : coxartroza, gonartroza, artrozele picioarelor, artrozele mîinilor, poliartrozele, artroza vertebrală.

Obiectiv : — limitarea mobilității articulare (în genere moderată) ; — crepitații articulare precoce ; mai tîrziu cracmente ; — creșterea de volum a articulațiilor datorită hipertrofiei epifizare și osteofitozei ; — hidartroze trecătoare — mai ales în artroza genunchiului. Sub influența unei infecții de focar sau traumatisme, reacții inflamatorii („încălzirea artrozei").

Semne radiologice : pensarea interliniei articulare sau a spațiului discal ; osteofitoză marginală („ciocuri") ; osteoscleroză în zonele de sprijin, geode în extremitățile osoase ; hipertrofia extremităților.

Tratament : analgezice, infiltrații novocaină+hidrocortizon+balneofizioterapie, ortopedie, chirurgical.

7.2. POLIARTRITA ACUTĂ

Bolnav palid, febril, tahicardie, cu transpirații profuze, uneori o infecție rino-faringiană acută în urmă cu 10—14 zile prezintă la nivelul marilor articulații ale membrelor inferioare (șold, genunchi, tibio-tarsiene) sau/și la membrele superioare, tumefiere caldă, roșie și dureroasă, cu mișcări articulare foarte dureroase. Inflamațiile articulare sînt fugace și migratorii.

Etiologie : R.A.A., L.E.D. Spitalizare obligatorie. În R.A.A. eritem marginal posibil, nefropatie practic absentă, titrul ASLO crescut, celule L.E. absente, reacția complementului crescută. *Nu se expune la cortizono-*

Scanned with OKEN Scanner

dependență. În L.E.D. erupție cutanată în „fluture", nefropatie frecventă, titrul ASLO normal, celule L.E. prezente, reacția complementului scăzută, expune la Cortizonodependență.

Tratament : În R.A.A. : — tratament antibiotic : 1 200 000—1 600 000 U Penicilină, timp de 10 zile ; — cortizonice : doza de atac 20—60 mg la copil, 40—80 mg la adult (Prednison sau doze echivalente de Superprednol). Scăderea dozei după revenire la normal a V.S.H., scădere lentă și eventual reluarea dozei inițiale la semne de recrudescență ; — salicilați (Aspirină) 5—7 g Aspirină/zi și 1 cgt/kilocorp la copil de 4—6 ani. În L.E.D. : vezi L.E.D. — poliartrita febrilă.

MONOARTRITA ACUTĂ. Durere, impotență funcțională, semne de inflamație locală la nivelul unei articulații (umăr, cot, mîini, șold, genunchi, picioare). Aspect clinic realizat de :

— umărul dureros acut (periartrită scapulo-humerală), (vezi umărul blocat — sindrom umăr-mînă) ;

— artritele infecțioase : febră, stare generală alterată, leucogramă cu importantă leucocitoză, examenul cito-bacteriologic — cultură+antibiogramă a lichidului recoltat prin puncție articulară — permite precizarea diagnosticului și alegerea antibioticului pentru tratament general și local, răspuns favorabil la antibioterapie specificată de antibiogramă ;

— osteoartrita tuberculoasă (tumora albă), (asociere adenopatie locală, existența unor antecedente tuberculoase pleurale sau pulmonare). **Examen radiologic** — eroziuni osoase. **Examen de laborator** — V.S.H. crescut, I.D.R. la tuberculină pozitiv, puncție biopsie sinovială) ;

— artrita gonococică : absența anginei inițiale, lipsa interesării unor articulații mici, absența caracterului migrator fugace al arteritelor, insensibilitate la salicilați și sensibilitate la antibiotice, lipsa carditei, ASLO normal ;

— artrită reumatismală (cardită, coree, noduli subcutanați, eritem marginat, febră, artralgii, atac acut de R.P.A. anterior sau leziune cardiacă prezentă, V.S.H. crescut. Proteina C — reactivă, pozitivă, leucocitoză. Interval P—Q alungit (EKG).

Tratament etiologic — la nevoie chirurgical.

7.3. GENUNCHIUL DUREROS

Bolnav obez acuzînd dureri în timpul mersului, care se atenuează după primele mișcări, se accentuează după efort prelungit și se liniștesc la repaus.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul obiectiv evidenţiază mărirea în volum a genunchiului, cracmente articulare, blocarea genunchiului în timpul mersului, şoc rotulian prezent, puncte dureroase pe partea internă a interliniei articulare, atrofierea musculaturii cvadricepsului.

Radiologic : pensarea interliniei articulare ; osteofitoză ; uneori „corpi străini" intraarticulari. Date de laborator — nimic semnificativ.

Tratament : — repaus articular ; — mersul cu baston ; — exerciţii fizice mobilizatoare (mai ales în piscină) ; — reeducaţia mersului ; — reducerea greutăţii corporale ; — analgezice (aspirină, fenilbutanoză, indometacin) ; — corticosteroizi (prednison) în cure scurte de 7—10 zile, 10—15 mg pe zi, în perioada puseurilor acute ; — Hidrocortizon intraarticular (efecte bune la 2—3 zile).

7.4. LUMBAGO ACUT

Bolnavul acuză durere intensă apărută după efort, de intensitate variabilă, sau după expunere la frig. Este mobilizat sau blocat în flexie, crize similare în antecedente.

Examenul obiectiv : redoare importantă cu cifoză, scolioză antalgică evidentă, contractură musculară. Recidive de la cîteva săptămîni la mai mulţi ani.

Tratament : — repaus la pat ; — antiinflamatoare (aspirină 3 g/zi, fenilbutazonă 600 mg/zi, Indometacin 75 mg/zi, decontracturante, Mydocalm, Clorzoxazon 750 mg/zi, Diazepam 10—20 mg pe zi) ; — infiltraţii epidurale sau paravertebrale cu Hidrocortizon acetat şi Xilină ; — fizioterapie, curenţi diadinamici, röentgenterapie în formele prelungite (doze mici, antiinflamatorii : 50 r pe şedinţă) ; — masajul poate fi util.

7.5. LOMBOSCIATICA PARALIZANTĂ

Antecedente de traumatism ale coloanei vertebrale lombare, episoade anterioare de lombalgii sau de sciatică, uneori debut brutal al sciaticii declanşat de efortul de ridicare a unei greutăţi. Mişcările în timpul zilei, tusea, strănutul, măresc intensitatea durerilor.

Obiectiv : scolioză antalgică, contractura antalgică a musculaturii vertebrale sau sacrolombare, mişcările coloanei vertebrale extrem de du-

Scanned with OKEN Scanner

reroase, hipoestezie pe fața dorsală a piciorului și pe fața externă a gambei. Lassègue pozitiv (uneori contralateral, punctele Valleix dureroase, abolirea reflexului achilian).

Spitalizare : examenul radiologic : — rectitudinea coloanei vertebrale lombare ; — ștergerea lordozei fiziologice (profil) ; — scolioza antalgică ; — pensarea discului lezat (L_4—L_5 ; L_5—S_1).

Etiologie : — prin hernie discală ; — sciatice radiculare nediscale (tumori maligne, Pott, Hodgkin, spondilita ankilopoetică etc.), se însoțesc de paralizii, tulburări de sensibilitate, amiotrofie.

7.6. TORTICOLISUL ACUT

Criză dureroasă acută, apărută pe fondul unei cervicalgii cronice. Examenul obiectiv evidențiază un blocaj dureros al gîtului, cu un grad de înclinare laterală și contractură musculară.

Etiologie : — artroză cervicală ; — Morb Pott ; — fractură posttraumatism cervical ; — luxații.

Examen radiologic : — pierderea lordozei ; — discurile intervertebrale diminuate, pensate în special C_4—C_5 ; C_5—C_6 ; C_6—C_7, cu osteofitoză posterioară ; — discartroză cu diminuarea dimensiunilor găurilor de conjugare.

Tratament : Aspirină, derivați iodați (Iozinol), Fenilbutazonă, Indometacin sau chiar Prednison, tranchilizante, repaus la pat. Fizioterapie, masaj, elongații cervicale (în servicii de specialitate).

7.7. OSTEOPOROZA ALGICĂ

Dureri la nivelul articulațiilor membrelor, coloanei dorsale sau lombare, exagerate de mers, poziția șezînd îndelungat, transportul de greutăți, survenind la un bolnav peste 50 de ani. Cedează la repaus.

Etiologie : traumatisme osteo-articulare și nervoase, infecții, vasopatii acute (flebite, arterite), afecțiuni viscerale toracice (infarctul miocardic, pericardita, leziunile cardio-aortice, neoplasmul bronhopulmonar, tuberculoza etc.) ; sau craniene, meningo-encefalite, tumori cerebrale, accidente vasculare, dezechilibre endocrine (menopauză, andropauză, hipercorticism, aport insuficient de calciu).

Scanned with OKEN Scanner

Examen radiologic (coloana vertebrală) : — creşterea transparenţei osoase ; — corticală subţiată ; — corpi vertebrali turtiţi.

Examen de laborator : metabolismul fosfo-calcic normal.

Tratament : doze mari de calciu 1,5—3 g/zi (calciu lactic, cedecalcin), alternînd cu preparate de fosfor (Remineron 3 linguriţe pe zi), 15—20 zile lunar, vitamina D în cazuri de hipocalcemie, anabolizante de sinteză (Madiol, Naposim) cîte două comprimate pe zi, dietă cu proteine suficiente şi bogată în calciu.

7.8. SINDROMUL VERTEBRAL CERVICAL POSTERIOR (BARRÉ-LIÉOU)

Durere cervicală spontană şi provocată prin palpare, cefalee occipitală, vertij, roşeaţa şi hipersudoraţia feţei, tulburări auditive şi vizuale (acufene şi fosfene).

Examenul obiectiv : evidenţiază limitarea mobilităţii pentru lateralitate a coloanei vertebrale cervicale.

Examenul radiologic : — rectitudinea coloanei cervicale ; — discurile intervertebrale apar diminuate ; — discartroză cu diminuarea dimensiunilor găurilor de conjugare.

Diagnostic diferenţial cu bolile coronariene în cervicartroză însoţită de precordialgii, fiind posibilă asocierea spondilozei cervicale cu veritabile coronaropatii (sindrom vertebro-coronarian).

Tratament : analgezice şi antiinflamatorii (Aspirină, Fenilbutazonă, Indometacin, Prednison). Fizioterapie, masaj, acţiuni blînde în cazul intricării coronariene. Coronarodilatatoare, vasodilatatoare cerebrale (Hydergin, Redergin, DH. Ergotoxin). Uneori röentgenterapie — doze mici, antiinflamatorii.

7.9. UMĂRUL BLOCAT — SINDROMUL UMĂR-MÎNĂ

Bolnavul acuză de mai multe luni dureri ale umărului cu limitarea progresivă a mişcărilor, neputîndu-se nici îmbrăca, nici pieptăna.

Examen obiectiv : impotenţă funcţională totală a articulaţiei scapulo-humerale, atrofii musculare ale deltoidului, braţului şi antebraţului, eminenţei tenare şi hipotenare.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologie : — periartritele scapulo-humerale ; — artroză cervicală ; — traumatisme ; — afecțiuni nervoase (hemiplegii, boala Parkinson) și infarctul miocardic.

Tratament : — analgezice (Aspirină, Prednison) și antiinflamatorii — tranchilizante (Diazepam) ; — Hydergin 3×20 picături ; — kinezi-terapie.

7.10. ACCESUL DE GUTĂ (Vezi URGENȚE METABOLICE)

Bolnav prezentînd o stare generală proastă, tulburări digestive, tulburări nervoase, parestezii la nivelul halucelui. Debut brusc, durere apărută în cursul nopții, în zilele precedente. Inflamația și durerile se atenuează către dimineață sau apar în nopțile următoare.

Examenul obiectiv : febră 38—39°, stare de agitație, urini reduse cantitativ, hipercromice. Articulația metatarso-falangiană și halucele tumefiate, roșii, tegumente întinse, strălucitoare. Noduli subcutanați localizați la pavilionul urechii și olecran. Internare în spital. Radiografia articulației afectate — negativă.

Examen de laborator : V.S.H. crescut, leucocitoză, hiperuricemie (depășește 7 mg %).

Tratament : Colchicină, comprimate de 1 mg (în prima zi 4 mg), cîte un comprimat la 2—3 ore. — Fenilbutazonă, drajeuri 600 mg/zi, timp de 7—8 zile, Indometacin 75—100 mg (3—6 capsule), Prednison 20—30 mg/zi + Aspirină+1—2 mg Colchicină, Allopurinol (Zyloric) 200—400 mg/zi).

7.11. CARDITA MALIGNĂ (REUMATISMUL MALIGN –REUMATISMUL CARDIAC EVOLUTIV)

Adult tînăr, sau copil, prezentînd slăbire rapidă, anorexie, dispnee progresivă, stare care durează de 7—20 de zile. Repetate pusee reumatice în antecedente survenind la 2—3 luni.

Examenul obiectiv : febră, alterarea stării generale, paloare, facies intoxicat, agitație, dispnee accelerată cu sufocare, alură ventriculară rapidă (120—140 bătăi pe minut), asurzirea zgomotelor cordului, galop, frecături pericardice, suflu sistolic la vîrf, sau/și suflu diastolic cu caracter

Scanned with OKEN Scanner

dulce aspirativ, parasternal stîng, cardiomegalie, hepatomegalie dureroasă. Internare de urgență într-un serviciu de terapie intensivă.

Radiologic : cord mărit cu umbre hilare încărcate. **EKG :** microvoltaj, tulburări de conducere (bloc a-v gr. I), alterări ale fazei de repolarizare.

Tratament : corticoizi perfuzabili + oxigen + strofantină + saluretice (injectabile : Furosemid, Lasix, Spironolactonă).

7.12. COLAGENOZE

7.12.1. LUPUSUL ERITEMATOS DISEMINAT

Poliartrita febrilă. Artralgii, cu mișcările articulare dureroase sau veritabile artrite, cu semne de inflamație marcată și revărsat intraarticular de tip inflamator, în care se pot găsi celule L.E., caracter brutal, fugace, migrator.

Mai frecvent atinse : genunchiul și articulația pumnilor (excepție face șoldul). Frecvența mai mare la femeia tînără, prezentînd astenie, pierdere în greutate, transpirații nocturne, febră, uneori erupții sub formă de „fluture" la nivelul feței.

Insuficiența renală. Nefropatia lupică. Alături de L.E.D. — poliartrita febrilă, prezența de valori tensionale crescute, proteinurie cu eliminare de gamaglobuline și coexistența unor elemente în sediment (leucocite, cilindri și corpusculi birefringenți din esteri de colesterol). Celule L.E. și anticorpi anti-ADN în ser. Puncție biopsie renală ; glomeruli cu aspect de „ansă de sîrmă răsucită".

Pleuropericardita. Dispnee brutală, durere precordială cu accentuare inspiratorie, cardiomegalie, frecături pericardice fugace, matitate la baza toracelui, asociată cu diminuarea respirației și abolirea vibrațiilor vocale.

Evidențierea celulelor L.E. în lichidul pleural și în lichidul de puncție pericardică.

Electrocardiografic : microvoltaj al complexului QRS difuz, tulburări de repolarizare a segmentului S—T și undei T, posibile tulburări de ritm (fibrilație atrială) paroxistică.

Tratament : doza de atac 40—60 mg Prednison/24 ore ; 15—20 mg Triamcinolon/24 ore ; pentru adult, pînă la influențarea netă a evoluției,

Scanned with OKEN Scanner

după care doza se scade treptat (cu cîte 2,5—5 mg/săptămînă). Imunodepresoare — Azatioprina (Imuran), Clorambucil (Leukeran), ciclofosfamidă (Endoxan), antimalarice de sinteză (250—500 mg Clorochina).

7.12.2. SCLERODERMIA

Sindromul Raynaud. Adult tînăr, mai frecvent femeie, care relatează că, de mai mulţi ani, la contactul cu apă rece, degetele pălesc. Paloarea este urmată de furnicături şi apariţia cianozei. Ulterior senzaţie de „piele întinsă", cu limitarea mişcărilor.

Obiectiv : piele subţiată, netedă, lucioasă, care se lasă greu pliată pe planurile profunde, de care este aderentă, senzaţie pergamentoasă, degete subţiate cu mobilitate redusă, uneori fixate în semiflexie mînă „în ghiară".

Examen laborator — lipsa manifestărilor biologice caracteristice.

Examen histologic : scleroză, fibroză, alterări vasculare, atrofie, inflamaţie la nivelul pielii şi unele organe interne (plămîni, rinichi, tub digestiv, inimă).

Tratament : vasodilatator în cazurile incipiente de sindrom Raynaud : — antimalarice de sinteză (Hidroxiclorochină 400—600 mg/zi) ; — Griseofulvină 700—1 000 mg/24 ore ; — corticoterapie (Prednison) 40—80 mg/24 ore ; — Imuran în doze 150 mg/24 ore (numai în condiţii de internare).

Sindromul disfagic-dispneic. La elementele clinice menţionate se adaugă : tuse cu expectoraţie (uneori hemoptoică), dureri de tip pleural, disfagie.

Radiologic : hipoperistaltism, atonie, rigiditate „în tub de sticlă" la nivelul esofagului.

Probe funcţionale : disfuncţie ventilatorie restrictivă.

Obligatoriu investigaţii în direcţia unei sclerodermii evocatoare de cancer pulmonr (sclerodermie paraneoplazică), internare în spital.

7.12.3. POLIARTERITA NODOASĂ (PERIARTERITA NODOASĂ)

Sindromul artro-mialgic febril. Adult febril, cu dureri articulare, dureri abdominale, astenie.

Obiectiv : redoare articulară, noduli dureroşi, cutanaţi localizaţi pe ceafă şi pe membre, amiotrofie, valori tensionale crescute, zgomot de

Scanned with OKEN Scanner

galop, tahicardie. Investigații biologice : V.S.H. crescut, leucocitoză cu eozinofilie (pînă la 50%), anemie, hipergamaglobulinemie ; precizarea diagnosticului prin biopsie de noduli.

Tratament : Penicilină G sodică sau potasică 2 400 000 U/zi, 3 200 000 U/zi sau Tetraciclină 2—3 g/zi (1—2—3 săptămîni) ; Corticoizi (Prednison, Superprednol) doze mari ; Imunodepresoare (Methotrexat), (în condiții de internare) ; Hemisuccinat de Hidrocortizon — perfuzie ; Antipaludice de sinteză (Hidroxiclorochină) ; Fenilbutazonă, Indometacin.

7.12.4. DERMATO-MIOZITA

Sindromul artro-mialgic febril. Bolnav prezentînd febră ridicată sau moderată, slăbire rapidă și importantă (10—20 kg) în cîteva săptămîni, cu semne de inflamație locală la nivelul articulațiilor mici ale mîinilor și genunchilor. Inițial, astenie musculară progresivă însoțită de mialgii, ulterior tulburări de mers, dificultăți la ridicarea de pe scaun, dificultăți la ridicarea brațului.

Obiectiv : atrofia masei musculare, palpatoric zone mai indurate. În stadiile mai avansate retracția și contractura musculară.

Histologic : leziuni musculare prezentînd edem, pierderea striațiilor transversale, degenerescență granulară apoi vacuolară, ulterior fibroză, apoi scleroză retractilă.

Posibilitatea asocierii dermato-miozită+cancer visceral.

Examen de laborator : creatinurie (0,25—1 g la 24 ore) ; lactacidemie ; transaminaze crescute.

Tratament : Hemisuccinat de Hidrocortizon 200—400 mg/zi, i.v., lent, sau perfuzii, timp de 24—48 de ore. Prednison sau supercortizol 60—120 mg/24 ore. Imuran, methotrexat. Anabolizante, antipaludice de sinteză, fosfobion, iodură de potasiu.

Scanned with OKEN Scanner

8. URGENȚE ENDOCRINE

8.1. HIPERTIROIDIA

Se realizează urgențe cardiovasculare, tulburările cardiace făcînd parte din complexul simptomatic al acestei endocrinopatii.

8.1.1. SINDROMUL HIPERKINETIC CARDIOVASCULAR

Bolnavul ne consultă pentru : — stare de neliniște, tremurături, polipnee, insomnie ; — palpitații, tahicardie (variate tulburări de ritm) ; — hipertensiune arterială sistolică — foarte labilă ; — eretism cardiac — accentuarea primului zgomot la vîrf, sufluri sistolice în toate focarele.

Tratament : — Beta-blocanți adrenergici (Propranolol, Trasicor, Visken, Cordanum) ; — Distonocalm (o formulă deosebit de eficace) ; — Barbiturice (Fenobarbital, Extraveral, Bromoval) ; — Vitamina A. Hiposerpilul realizează efecte utile (bradicardizante, hipotensoare, sedative).

În formele neglijate, insuficient tratate, sau în formele severe (tardive) ca : — **Adenomul toxic** (absența sindromului ocular), — **Guşa hipertiroidizată (Basedowificată)**, (prototip de tireotoxicoză), întîlnim ca urgență :

8.1.2. CARDIOTIREOZA

Reprezintă una din urgențele endocrine de mare incidență, cu mult mai frecventă la sexul feminin (90%), între 40—60 de ani ca vîrstă. Sîntem consultați de bolnavă pentru :

Palpitații (**Fibrilație atrială**) fiind aritmia cea mai comună. Se întîlnesc de asemenea : **Flutterul atrial, Extrasistolia,** sau **Tahicardia paroxistică** supraventriculară. Dispnee, cianoză, hepatalgii, edeme ale membrelor inferioare, expresie a insuficienței cardiace.

Scanned with OKEN Scanner

Obiectiv găsim aritmia, sufluri sistolice pluriorificiale, galop apexian, de obicei protodiastolic, auscultaţia cordului în cardiotireoza decompensată mimează **Ritmul mitral (Pseudostenoza mitrală)**. Elementele falsei stenoze dispar după compensare şi bradicardizare a ritmului.

Tratamentul se instituie imediat : Medicaţia Beta-blocantă (B.B.A.) — de mare eficienţă în cardiotireoză ; nu este contraindicată nici de prezenţa insuficienţei cardiace tireotoxice — fiind vorba de insuficienţă cardiacă cu debit crescut. Propranolol — 40—80 mg pe zi, după mese. Antitiroidienele de sinteză (A.T.S. : — Metiltiouracil — 3—400 mg/zi, tablete a 50 mg (3—4 prize/zi) ; sau — Carbimazole „Spofa" — comprimate a 5 mg, 15—30 mg/zi. Se vor face periodic hemograme de control : riscul agranulocitozei, pancitopeniei. De obicei, asemenea asocieri sînt suficiente pentru ameliorarea pînă la dispariţie a tulburărilor de ritm şi compensarea cordului.

Asocierea digitalicelor, după cîteva zile de A.T.S.+B.B.A., grăbeşte compensarea insuficienţei cardiace. Uneori sînt necesare şi saluretice, la care vom asocia sistematic : Clorură de K, Aspartat de K şi Mg (Tromcardin, Panangin). Se indică internarea în spital pentru continuarea tratamentului, specificînd terapia aplicată.

8.1.3. HIPERTIROIDIA PARANEOPLAZICĂ

Tabloul de **Tireotoxicoză** evoluînd paralel cu un **Neoplasm visceral**, uneori manifestările tireotoxice precedînd intrarea în scenă a neoplaziei.

Incidenţa este mai mare în : — **Cancerul bronhopulmonar** (varietate histologică cu celule mici) ; — **Cancere digestive** ; — Alte localizări : hemopatii maligne, c. tiroidian, prostată, sîn, uter, testicul. Repartizarea pe sex=peste 50% bărbaţi, pe cînd **Hipertiroidia** 90% la femei.

Sîntem consultaţi de un bolnav pentru : — slăbire în greutate, miastenie, tahicardie, diaree, tremurături (semne de tireotoxicoză pură apărute ca din senin după vîrsta de 50 ani, fără prezenţa guşei — sau foarte discretă).

Vom administra : Sedative-Tranchilizante şi vom interna de urgenţă bolnavul, cu suspiciunea de hipertiroidie paraneoplazică, în vederea unor investigaţii minuţioase pentru găsirea eventualei neoplazii.

Scanned with OKEN Scanner

8.1.4. HEPATITĂ TIREOTOXICĂ (HEPATOZA)

Este, după cardiotireoză, cea mai frecventă complicație a **Tireotoxicozei** (după Milcu — în 34,4%). Este vorba de leziuni degenerative mergînd pînă la necroze pericentrolobulare și insuficiență hepatică.

8.1.5. PANCREATOZA

În 2,6% permite dezvoltarea unui **Diabet zaharat metatiroidian.**

Sînt cazuri ce necesită internare de urgență, deoarece presupun unele tare hepatice sau pancreatice preexistente, alcoolul fiind adesea incriminat, precum și intervenția unor greșeli terapeutice sau boli intercurente agravante (infecții grave, intoxicații, supradozaj digitalic etc. sau chiar o neoplazie cu potențial tireosecretant).

8.1.6. COMA TIREOTOXICĂ

Criza tireotoxică, tireotoxicoza acută, este o mare urgență, rezultînd din agravarea brutală a unei hipertiroidii sub efectul unor greșeli terapeutice, sistarea bruscă a medicației A.T.S., infecții severe, sarcină — travaliu, intoxicații, cetoza diabetică sau după tiroidectomii subtotale insuficient pregătite preoperator.

Sîntem solicitați pentru „superlativul hipertiroidiei" : stare de neliniște exagerată pînă la delir, tremurături, evoluție spre apatie, stupoare, comă.

Semnele cardiovasculare sînt exagerate : tulburări de ritm cu alură foarte rapidă, fenomene de insuficiență cardiacă. — Hiperpirexie pînă la 40—41°, — Diaree incoercibilă agravînd tulburările electrolitice, hipokaliemia mărind riscul tulburărilor de ritm pînă la fibrilația ventriculară Dișelectrolitemia realizează și miastenia gravă cu aspect de tetraplegie flască. Se poate ajunge la anurie cu instalarea I.R.A.

Intervenim terapeutic de urgență pînă reușim să internăm bolnavul : — Oxigenoterapie (sondă nazală) ; — perfuzie cu H.C. Hemisuccinat, 300—400 mg pentru început ; — Metiltiouracil (400—500 mg) dizolvat și introdus pe sondă duodenală ; — Propranolol 60—80 mg ; — Barbiturice injectabil : Fenobarbital inj. i.m. (2—3 lazi) ; — Rehidratare — prin per-

Scanned with OKEN Scanner

fuzii Ser glucozat 5% + Ser fiziologic 2—3 litri, în primele ore. (*Atenţie la cord !*) Vom proteja cordul la nevoie cu Strofantină, 0,25 mg i.v.

Administrarea de antibiotice e binevenită : pentru tratamentul infecţiei declanşante sau a infecţiilor intercurente : Ampicilină 2—3 g pe zi (injectabil din 4—4 ore).

8.1.7. EXOFTALMIA MALIGNĂ

Poate fi carelată cu tiroidectomia insuficient pregătită ; este mult mai rară după tratamentul conservativ cu A.T.S., se poate însoţi de mixedem **p r e t i b i a l**. Se internează în serviciul de specialitate.

8.2. MIXEDEMUL ADULTULUI

Urmare a involuţiei cu vîrsta a glandei tiroide, mai frecvent la femei, după 50 ani. La starea de torpoare fizică şi intelectuală, cu creşterea în greutate şi infiltrarea caracteristică a tegumentelor, cu uscăciunea lor şi tulburări ale fanerelor, hipotermie, bradicardie, bradilalie şi bradipsihie ; se pot ivi unele situaţii de mare urgenţă ;

8.2.1. COMA MIXEDEMATOASĂ

Sîntem chemaţi de urgenţă la o bolnavă cunoscută cu mixedem, la care anturajul remarcă instalarea progresivă a unei come după unul din factorii declanşanţi posibili : — contactul prelungit cu frigul ; — infecţii intercurente ; — traumatisme ; — decompensare cardiacă ; — abuz de sedative şi somnifere (barbiturice, clordelazin).

Găsim bolnava în stare de somn profund, cu areflexie, cu bradipnee foarte accentuată şi superficială (10 respir./minut), bradicardie cu extrasistole izolate sau în salve, hipotermie extremă (sub 30 °C).

Tratament de urgenţă : — învelirea în pături calde ; — oxigenoterapie ; — Hemisuccinat de H.C. în perfuzie 300—400 mg ; — antibiotice cu spectru larg în aceeaşi perfuzie (Solvocilin) ; — Sonda gastrică — pe care se introduce dizolvată Triiodotironina (Tiroton), comprimate a 20 gama (60—80 gama pe sondă).

Vom urmări atent ritmul cardiac, fiind posibile aritmii de mare risc, pentru care vom fi înarmaţi cu Xilină — fiole 2% sau 4% spre a putea interveni la timp.

Scanned with OKEN Scanner

8.3. INSUFICIENȚA C.S.R. CRONICĂ – M. ADDISON

Se poate complica în anumite circumstanțe (tratament insuficient, efort exagerat, infecție acută, traumatisme, operații, intoxicație alimentară, alcool sau medicamente), realizînd :

8.3.1. CRIZA DE INSUFICIENȚĂ C.S.R. ACUTĂ

Dureri mari abdominale cu grețuri și vărsături (mimînd o intoxicație alimentară). **Fenomenele de deshidratare externă cu hipotermie și colaps profund, tegumente reci, puls abia perceptibil, T.A. prăbușită.** Se pot adăuga fenomene de obnubilare, convulsii, eventuale semne de iritație meningiană, Babinski bilateral, evoluție spre **Comă** (Coma addisoniană).

Criza de I.C.S.R. acută se poate adăuga în circumstanțele amintite și la alte endocrinopatii (**Mixedem, Tireotoxicoza**), favorizînd colapsul grav prin deshidratare și **Coma** sau complicînd **Stări septice grave** (**S. Waterhouse-Friedericksen**), **Tratamente anticoagulante, Șoc postpartum** etc.

Intervenim terapeutic de urgență cu : — Hidratare I.V. intensivă (ser fiziologic și ser glucozat 5% sau 10% cînd sînt convulsii și cînd se presupune intervenția hipoglicemiei) ; — Hemisuccinat de H.C. — 100 mg în aceeași perfuzie ; — Acetat de cortizon — fiole a 5 ml (25 mg), din 4—4 ore, inj. i.m. ; — Mincortid (Acetat de Dezoxicorticosteron — Doca) — fiole a 10 mg i.m.

În condiții de supraveghere și perfuzie, cu autoambulanță specială (antișoc), se internează bolnavul în spital.

8.4. SINDROAME SUPRARENOMETABOLICE-CUSHING

Tabloul de hipercorticism (primitiv sau secundar) caracterizat prin obezitate, cu vergeturi roșii, hipertensiune arterială, aspect pletoric, diabet zaharat și osteoporoză, predominant la femei.

Urgențe pot fi realizate de :

Scanned with OKEN Scanner

8.4.1. HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ SEVERĂ

Cu lipsa de răspuns la terapia hipotensoare și accidente acute ca: — **Encefalopatia hipertensivă** — precedată de tulburări psihice grave; — **Ictusul apoplectic** (vezi); — **Edemul pulmonar acut** (vezi).

Uneori soluția unei forme severe de H.T.A. nu poate fi decît **Röentgenterapia hipofizară** (3—6 000 r).

8.4.2. OSTEOPOROZA ALGICĂ (CIFOZA DUREROASĂ)

Din cauza greutății exagerate și a osteoporozei vertebrale se produce tasarea vertebrelor dorsale, producînd compresiuni radiculare cu algii, uneori, insuportabile.

Din păcate, medicația se rezumă la Antalgice uzuale (Algocalmin) și eventual Antiinflamatorii de sinteză (Fenilbutazon, Indometacin).

8.4.3. DIABET ZAHARAT SEVER

Cu toate consecințele sale și urgențele amintite. Forma insensibilă la Insulină, foarte labilă din punct de vedere metabolic. Vom interna bolnavul în spital.

8.5. FEOCROMOCITOMUL

Sau **Medulosuprarenalomul** — tumoră benignă cel mai adesea, a țesutului cromafin, bogată în Adrenalină și Noradrenalină, manifestată prin **Hipertensiunea arterială.**

8.5.1. H.T.A. PAROXISTICĂ ȘI PERMANENTĂ

Cel mai adesea, H.T.A. paroxistică — vezi **Hipertensiunea arterială permanentă** — foarte labilă, dar remarcabil de rezistentă la tratament, fără suferință renală. Riscul accidentelor vasculare cerebrale și al edemului pulmonar acut sînt situații generate de formele de Feocromocitom nerecunoscut sau neglijat.

Scanned with OKEN Scanner

8.5.2. ARITMII PAROXISTICE

Crize de tahicardie paroxistică — sau alte aritmii : supraventriculare, joncționale sau ventriculare pot reprezenta manifestări particulare ale unor Feocromocitoame.

Subfebrilități, frisoane repetate, transpirații, paloare, tremurături, slăbire în greutate pot reprezenta simptome în perioadele dintre crize, simptome ce creează mari dificultăți de diagnostic.

Paraclinic : Testul la Fentolamină (Regitină) pozitiv, catecolaminele urinare crescute, glicozuria după criză ; retropneumoperitoneul+urografia precizează topografia tumorii în cazurile localizate (80%).

Tratament — cînd avem suspiciunea de Feocromocitom, atît paroxismele H.T.A., cît și aritmiile paroxistice răspund la Regitină — 10 mg inj f. lent i.v. Asocieri utile : Clordelazin, Tolazolin, Tranchilizante, Antiaritmice.

Scanned with OKEN Scanner

9. URGENȚE ÎN BOLI ALERGICE

În funcție de punctul de atac al reacțiilor alergice, se pot realiza urgențe în :

9.1. ALERGIA RESPIRATORIE

Realizează urgențe cum sînt :

9.1.1. CORIZA SPASMODICĂ

Coriza spasmodică (Rinita vasomotorie) cu varianta sa sezonieră **Coriza de fîn** (Polinoza).

Bolnavul ne consultă pentru : crize de strănut cu hidroree nazală și edem al mucoasei, lăcrimare și congestie conjunctivală. Mai tîrziu pot apărea crize de astm bronșic, urticare, prurit cutanat.

Tratament imediat : — Antihistaminice (Feniramin, Nilfan) : 1—2 comprimate pe zi ; Tavegyl „Sandoz" : 1—2 tablete ; — Efedrina (în instilații nazale — Fedrocain — sau în tablete) ; — Hidrocortizon în pulverizații (spray).

Se vor face testările la alergene pentru desensibilizare specifică.

9.1.2. TRAHEOBRONȘITA SPASMODICĂ

Bolnavul ne consultă pentru : chinte de tuse, la început uscată, penibilă, însoțită de dureri sub formă de arsuri retrosternale. Cu timpul, la sfîrșitul chintei apare expectorație mucoasă, albicioasă, dînd bolnavului senzația de ușurare (sputa este foarte bogată în eozinofile). Este considerat ca *echivalență astmatică*.

Tratament imediat: de mare utilitate sînt pulverizatoare (spray) de buzunar conținînd diverse preparate. Simpaticomimetice (Efedrină, Izoproterenol, Epinefrină bitartrat, Izoetarină); iată cîteva din preparatele de acest fel: — Medihaler „Richter" (Izoproterenol sulfat); — Duo-Medihaler „Richter" (Izoproterenol hidroclorid); — Medihaler — Api „Richter" (Epinefrină bitartrat); — Isuprel — Mistometer „Winthrop" (Izuprel hidroclorid); — Respil Haler prodecadron „Merk-Sharp & Döhme" (dexametazon+izoproterenol sulfat).

Asociere de antihistaminice, corticoizi, derivați xantici (aminofilina) ameliorează net răspunsul terapeutic și îndepărtează crizele. Testările alergologice sînt necesare pentru desensibilizare specifică.

9.1.3. ASTMUL ALERGIC

Sindrom caracterizat prin accese de dispnee paroxistică cu predominanță expiratorie, cu hipersecreție, edem al mucoasei bronșice și bronhospasm.

Este astmul primar al copilului sau al adultului tînăr cu antecedente familiale de tipul „diatezei neuro-artritice". Alergenele, ca și pentru celelalte manifestări de alergie respiratorie, sînt: pulberi (praful de casă), puf, pene, perí de animale, polenuri, vapori, fum industrial, pulberi industriale etc. Tabloul clinic și tratamentul de urgență a fost abordat la capitolul **Urgențe respiratorii** (vezi).

9.2. ALERGIA DIGESTIVĂ

Poate realiza urgențe, la contactul cu diverse alergene — alimentare sau medicamentoase: — alimentare: oul, carnea, peștele, crustaceele, laptele, făina, cartoful, conopida, fasolea, căpșunile, fragi, fructele de pădure, ciocolata etc.; — medicamentoase (foarte variate).

Urgențele se pot manifesta ca:

9.2.1. GASTRITA ACÜTA ALERGICA

Colici epigastrice și vărsături mucoase, adesea hemoragii digestive.

Scanned with OKEN Scanner

9.2.2. ENTEROCOLOPATII ALERGICE

Manifestări de tipul enterocolitei acute mucomembranoase : colici abdominale acute însoţite de debacluri diareice muco-membranoase, pe un fond de constipaţie cronică. Uneori manifestări de tip : rectocolită hemoragică, scaune frecvente, afecale cu conţinut muco-purulent hemoragic.

Toate aceste manifestări de alergie digestivă se corelează anamnestic cu alimentul alergizant ; de aceea bolnavii vor fi internaţi pentru testare şi desensibilizare specifică.

9.2.3. PURPURA ABDOMINALA HENOCH

Poate reprezenta o formă de manifestare a alergiei alimentare, medicamentoase sau infecţioasă. Este, de obicei, însoţită de Purpura de tip Schönlein (vezi **Urgenţele hematologice**).

Pînă la internare se vor administra în **Alergia digestivă**: — Antispastice (Scobutil compus, Lizadon), — Antihistaminice eventual, — Corticoterapie i.v. (100 mg H.C. Hemisuccinat).

9.3. ALERGIA CUTANEO-MUCOASĂ

Poate realiza ca manifestări de urgenţă :

9.3.1. URTICARIA

Erupţie cutanată pruriginoasă constituită din papule edematoase, de cauză alergică : alimentară, medicamentoasă, parazitară, fizică (frig-căldură).

9.3.2. EDEMUL ANGIONEUROTIC QUINCKE

Se asociază, deseori, cu urticaria ; este precedat de prurit, apare şi se dezvoltă rapid la faţă (în jurul buzelor şi pleoapelor), uneori interesează şi limba, dar cea mai critică localizare este :

Scanned with OKEN Scanner

9.3.3. EDEMUL GLOTIC

Bolnavul este anxios, agitație psihomotorie, dispnee inspiratorie chinuitoare cu tiraj și cornaj, transpirații profuze, cianoză, fenomene asfixice.

Tratament de urgență : — Calciu glucomic i.v. f. lent ; — antihistaminice de sinteză ; — Calcium sandostène (asociere de calciu gluconic și un antihistaminic de sinteză) inj. i.v. În formele severe: Adrenalină 1 mg subcutan ; Hidrocortizon hemisuccinat 100 mg i.v. f. lent, urmat de perfuzie (200—300 mg).

Cînd primele încercări nu dau rezultat, se trimite bolnavul de urgență pentru Traheostomie.

9.3.4. PURPURA REUMATOIDĂ SCHÖNLEIN

Poate prezenta o formă de manifestare a unei alergii (infecțioase, medicamentoase, alimentare etc.) ; vezi **Urgențe în hematologie.**

9.4. MANIFESTĂRI ALERGICE GENERALE

Pot avea cauze variate, dar modul de manifestare antrenează tulburări din partea întregului organism.

Putem întîlni ca urgențe :

9.4.1. ACCIDENTE SERICE

Apărute după injecții de seruri terapeutice animale sau umane.

Accidentele pot fi : imediate — **Șocul anafilactic** și tardive — **Boala serului.**

Șocul anafilactic. Sîntem chemați de urgență la un bolnav care făcuse înainte cu cîteva minute, ore, injecții de ser, și care prezintă un tablou dramatic : anxietate extremă, opresiune toracică, dispnee, cianoză, criză de tuse. Curînd apar frisoane, grețuri, vărsături, diaree, fenomene de colaps sau sincopale.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament imediat: — Hidrocortizon hemisuccinat 100 mg i.v., urmat de perfuzie, 300—400 mg ; — Adrenalina 1 mg inj. subcutan ; — Antihistaminice de sinteză — injectabile ; — Romergan — inj. i.m. ; — Oxigenoterapie. Se transportă de urgență, și supravegheat, bolnavul în spital, precizînd pe biletul de internare medicația aplicată.

Boala serului. Accidentul apare după 8—10 zile de la injecția primă sau reinjecție. Bolnavul ne consultă pentru : febră, cefalee, astenie, grețuri, diaree. Urticaria apare cu caracter exploziv, edem Quincke, eritem scarlatiniform sau morbiliform, purpură, artralgii, poliadenopatie. Pot apărea manifestări respiratorii, excepțional anurie.

Tratament : — Hidrocortizon hemisuccinat — 100 mg f. lent i.v. ; — Adrenalină 1 mg s.c. ; — Calciu gluconic ; — Antihistaminice. Vom atrage atenția bolnavului să rețină că a mai făcut injecții de ser pentru ca, la nevoie, să se facă profilaxia bolii serului prin desensibilizare cu diluții progresive de ser.

9.4.2. ALERGII MEDICAMENTOASE

Accidentele alergice nu pot fi confundate cu efectele toxice ale medicamentelor. Din punct de vedere alergic : medicamentele de origine proteică se comportă ca alergene ; celelalte ar juca rol de haptene care unindu-se „in vivo" cu o proteină serică sau din structurile tisulare formează un complex antigenic.

Urgențele alergice medicamentoase sînt :

Șocul anafilactic (Vezi **Accidente serice**). Are același tablou pe care-l cunoaștem de la **Accidente serice cu apariție imediată :** — Penicilina ; — Insulina ; — Extracte hepatice ; — Mai rareori : Vitamina B_1, Arsenicale, Chinina, Sulfamide etc. ; — Substanțe iodate — radioopace.

Boala serului. Manifestare tardivă (la aproximativ 10 zile de la administrare) : — Penicilina ; — Difenihidantoina ; — Sulfamide ; — Arsenicale ; — Thiouree.

Manifestări „tip boala serului" pot fi foarte variate :

— **Forma febrilă (Febra medicamentoasă alergică)** mergînd cu frisoane repetate, artralgii, anorexie, grețuri, diaree.

— **Forma cutaneo-mucoasă** — erupții urticariene, purpură, eriteme diverse, eritrodermie.

— **Forma ganglionară** — poliadenopatie.

Scanned with OKEN Scanner

— **Forma respiratorie** — rinită, traheobronşită, crize de astm, edem glotic.

Bineînţeles că, adeseori, sînt asociate manifestări din toate tipurile de sindroame.

9.4.3. MANIFESTĂRI SANGUINE

— Eozinofilie moderată (10—15%),

— Agranulocitoza :

Pot fi realizate de : — Piramidon şi derivaţi pirazolonici, — Sulfamide, — Thiouree, — Hidantoina, — Barbiturice (foarte rar).

9.4.4. MANIFESTĂRI DE COLAGENOZĂ

Periarterita nodoasă — posibilă în cazul sulfamidelor, iodurilor.

Lupusul eritematos diseminat — în tratamentele de durată cu : — Hidralazina (Hipopresol), — Procainamida (Pronestyl).

Bolnavii se plîng de febră, poliartralgii, uneori determinări tip PCE.

Paraclinic : Hipergamaglobulinemie, celule L.E.

Tratament : imediat : — suprimarea imediată a medicamentului incriminat ; — Calciu+Antihistaminice ; — Corticoizi suprarenali perfuzabili (H.C. Hemisuccinat în inj. i.v. 100 mg, apoi perfuzie în continuare). Internare în spital pentru continuarea investigaţiilor şi a celor mai adecvate măsuri terapeutice.

Scanned with OKEN Scanner

10. URGENȚE ÎN BOLI PARAZITARE

10.1. ASCARIDIOZA

Se pot ivi situații de urgență corelate cu : 1. faza de migrare a larvelor ; 2. faza intestinală de vierme adult.

Urgențe posibile în faza de migrare :

a) **Pneumopatii acute cu infiltrate fugace tip Löffler** — subfebrilități, tuse, uneori expectorație bogată în eozinofile. Cînd apar astfel de manifestări, la un copil sau adult infestat, cerem radioscopie toracică. Aspectul radiologic foarte caracteristic : infiltrate macronodulare de mărimi și densitate variabilă. Foarte rareori revărsat pleural cu 80—90% eozinofile.

b) **Crize de astm bronșic** — cu spute foarte bogate în eozinofile, cu infiltrate fugace Löffler.

c) **Crize convulsive — epileptiforme** — la copii.

d) **Urticarie în crize, foarte pruriginoasă.**

Urgențe posibile în faza intestinală :

a) **Ocluzie intestinală,** prin ghem de ascarizi, la copii posibil și invaginație intestinală.

b) **Icter mecanic,** prin migrare de ascarid pe coledoc, cu colică la copiii puternic infestați.

c) **Apendicita acută,** cu posibilitatea perforației și peritonită.

Tratamentul urgențelor este chirurgical sau simptomatic, de la caz la caz, dar esențial este lichidarea helmintiazei spre a asigura profilaxia acestor accidente.

10.2. TENIAZA

Infestație prin carne de porc (T. solium) sau bovine (T. saginata), omul fiind unica gazdă definitivă.

Urgențe pot apare ca :

Scanned with OKEN Scanner

a) **Colici abdominale cu sindrom de malnutriție ;**

b) **Cisticercoza umană** este o situație excepțională în cazul infestării cu ouă sau proglote de T. solium și după ce larvele mor : febră, mialgii generalizate, manifestări nervoase de tip meningoencefalitic sau pseudo-tumoral.

Paraclinic : o mare eozinofilie în sînge și L.C.R. ne orientează diagnosticul.

10.3. TRICHINELOZA

Infestarea prin carne de porc insuficient fiartă, carne ce conține larve închistate de Trichinella.

Urgențe se pot ivi în :

I. Faza de invazie : timp de o săptămînă de la ingestie : **Dispepsie acută febrilă.** Colici abdominale, vărsături, febră, uneori erupție de tip urticarian.

II. Faza de diseminare — după 10—20 zile :

a) **Sindrom mialgic** generalizat și edeme palpebrale, chiar edem al feței.

b) **Dispnee acută** „sine materia" — fără elemente pulmonare, fără tuse, (prin interesarea mușchilor respiratori externi, eventual diafragm). Excepțional : **Manifestări miocardice; cerebrale, renale.**

III. Faza de formare a chiștilor — persistența MIALGIILOR.

10.4. ECHINOCOCOZA

La om, care este gazda intermediară, dezvoltarea chistului **Hidatic,** cu diverse localizări, poate realiza : **Accidente anafilactice:**

a) benigne: **Urticarie; Febră; Manifestări Alergice;**

b) severe (în caz de puncții, fisuri sau rupturi traumatice sau spontane) — **Sincopa cardiorespiratorie; — Edem pulmonar Acut; — Stare de șoc; — Crize de convulsii.**

Scanned with OKEN Scanner

Tratament : H.C. Hemisuccinat (i.v. 100 mg), urmat de perfuzie 300—400 mg în șoc — Oxigenoterapie în E.P.A. ; Analeptice respiratorii și resuscitare cardiorespiratorie în sincopă. Barbiturice inj. i.m. în caz de convulsii + H.C. Hemisuccinat. Preventiv se va evita puncția unei formațiuni suspecte ; se vor pregăti și îndruma pentru rezolvare chirurgicală diversele localizări.

Scanned with OKEN Scanner

11. URGENȚELE ÎN INTOXICAȚIILE ACUTE

11.1. SEMIOLOGIA INTOXICAȚIILOR ACUTE

I. Medicul este chemat de urgență, urmînd a lămuri, de la început, următoarele probleme :

1. **Este vorba de o intoxicație voluntară ?** (în scop de suicid).

2. **Este vorba de o intoxicație accidentală ?** (din ignoranță, neglijență, indisciplină terapeutică).

3. **Este vorba de o intoxicație profesională ?** — necunoașterea sau nerespectarea normelor de protecția muncii ; — defecțiuni ivite la nivelul instalațiilor, a procesului tehnologic, a sistemelor de manipulare, transport, depozitare ...

4. **Este vorba de o intoxicație criminală ?** (în scop de omucid). Aici se vor lua măsuri recomandate de medicina legală ! !

II. În continuare vom răspunde la întrebarea : **Toxicul este cunoscut** sau **necunoscut?**

III. Dacă **Da: se cunoaște** (cel puțin cu aproximație) **Doza, gradul intoxicației?**

IV. **Care este calea de impact a toxicului?**

V. **Care este Durata agresiunii toxice?** — cel puțin cu aproximație : timpul scurs de la agresiune pînă la inițierea primului ajutor ?

VI. **Ce măsuri de Prim ajutor s-au luat ?** (de familie, de anturaj).

VII. **Ce caracterizează Tabloul clinic actual** al intoxicatului ?

VIII. **Ce măsuri terapeutice sînt necesare în continuare ?** Medicul chemat să asiste o intoxicație acută va trebui să adopte o **Schemă terapeutică intensivă** astfel :

Scanned with OKEN Scanner

11.2. SCHEMA TERAPEUTICĂ INTENSIVĂ

— Tratament epurator, — Tratament antidot, — Tratament simptomatic.

Îndepărtarea, eliminarea cît mai rapidă a toxicului :

11.2.1. TRATAMENTUL EPURATOR

a) **Epurare digestivă — Spălătură gastrică** (în primele ore, se exceptează comatoşii, leziunile ulcerate ale mucoasei buco-faringiene ; există riscul complicaţiilor pulmonare prin aspiraţie) ; — provocarea vomei — după administrarea de apă caldă, excitarea luetei. Nu e permisă la bolnavi prea slăbiţi, dispneizanţi, cu leziuni ulcerative (faringo-esofagiene) ; — purgaţie — de preferat salin (contraindicat cînd există gastroenterită).

b) **Epurare respiratorie** — indicaţie rară, dar valabilă pentru solvenţi ca : alcool metilic, tricloretil, tetracloruri de carbon. Se realizează prin : — analeptice respiratorii — Micorene, Ahypnon, — ventilaţie mecanică.

c) **Epurare sanguină** — Exanguinotransfuzia — pentru toxicele hemolitice şi methemoglobinizante (sînt necesari 8—10 litri de sînge izogrup).

d) **Epurare renală,** cu condiţia ca toxicul să aibă concentraţie foarte mare în sînge, să aibă moleculă mică, spre a fi dializabil, să nu fie legat de proteinele plasmatice. Cînd toxicul nu a realizat I.R.A., epurarea se face prin propriul rinichi, cînd a dus la I.R.A. atunci se foloseşte epurarea prin rinichi artificial (dializă). Sînt dializabile : barbituricele, salicilaţii, alcoolul etilic, alcoolul metilic, amoniacul etc. Epurare renală se realizează prin : — **Diureză forţată** — sol. glucoză 3—4 litri în 24 ore (pentru creşterea fluxului renal). — **Alcalinizarea plasmatică şi urinară** (pentru blocarea reabsorbţiei tubulare) **Furosemid** i.v.

11.2.2. TRATAMENTUL ANTIDOT

Neutralizarea cît mai precoce şi mai susţinută a toxicului.

a) Oxigenoterapie (cu condiţia *eliberării căilor aeriene — aspiraţie* prin *intubaţie)* — pentru toxicele gazoase volatile.

b) Utilizarea de antidoturi. **Antidoturi specifice:**

Scanned with OKEN Scanner

I. Dimercaptopropanol (D.M.P. sau B.A.L. sau Sulfactin) în intoxicaţii cu : Mercur, Arsenic, Aur=acţiune certă. În intoxicaţii cu : Bismut, Crom, Nichel, Antimoniu, Cupru=acţiune probabilă, nici o acţiune în Plumb, Taliu, Argint, Seleniu, Uraniu. Periculos în intoxicaţia cu Fier sau Cadmiu — produce complexe toxice faţă de ficat.

II. E.D.T.A. (sare disodică şi calcică a acidului etilen diamintetraacetic) Edetamin fiole a 10 ml — în tratamentul intoxicaţiei cu Pb (chelator).

III. Nalorfina (Nalorphine — fiole 1 ml=5 mg Bronhidrat de Noralilmorfină) este antidotul morfinei, dar şi al unor analgetice de sinteză : Metadon, Pethidina.

IV. Tanin soluţie 1% sau 2%, antidot în intoxicaţii cu alcaloizi.

V. Acid acetic sau citric diluat în intoxicaţii cu Alcali caustici.

VI. Alcaline (preferabil Magnezia usta, 10 g la 200 ml apă) în intoxicaţii cu acizi corosivi.

VII. Nitraţi şi Kelocyanor (fiole a 20 ml=300 mg EDTA — dicobaltic) — intoxicaţii cu cianuri, Ac. cianhidric.

IX. Ferocianura de K 1‰ în intoxicaţii cu săruri de Cupru.

X. Atropina fiole a 1 mg — intoxicaţia muscarinică.

XI. Pilocarpina fiole a 1 mg în intoxicaţii cu Atropină/Beladonă.

Antidoturi nespecifice: — Cărbune animal : 20—30 g ; — albuş de ou, lapte — în intoxicaţii cu săruri metalice ; — Tiosulfat de sodiu (Hiposulfit de Na) — fiole a 10 ml, 10%, — fiole a 20 ml, 20%, în intoxicaţii cu cianuri, cu Taliu ; — Calciu gluconic — fiole 10 ml, în intoxicaţii cu fluor, acid oxalic, înţepătură de viespe (insecte).

11.2.3. **TRATAMENTUL SIMPTOMATIC** (DE REANIMARE)

Este vorba de tratamentul general de menţinere a homeostaziei. El se adresează principalelor complicaţii antrenate de intoxicaţii :

Tratamentul tulburărilor hidroelectrolitice (nevoile de apă sînt mult crescute prin hiperventilaţie, transpiraţii, febră, vărsături, diaree).

Soluţii izotonice (îndeosebi Glucoză 5%, ser fiziologic, sol. bicarbonat de Na 1,4%), (se va pune sonda vezicală à demeure pentru controlul diurezei, în aprecierea eficienţei hidratării).

Tratamentul dezordinilor funcţiei respiratorii — sînt posibile două feluri de complicaţii :

I. **Sincopa respiratorie** — necesită imediat **Respiraţie artificială**, pentru a preveni **Stopul cardiac** (după ce am asigurat eliberarea căilor respiratorii).

Scanned with OKEN Scanner

II. **Tulburări ale permeabilității căilor respiratorii : — Căderea limbii în come profunde** (se rezolvă prin rotație laterală a capului sau canula Mayo) ; — **Încărcarea căilor aeriene** — factorul cel mai frecvent de obstrucție : — stază faringiană de secreții ; — abolirea reflexului tusigen ; — încercare intempestivă de alimentare sau spălătură gastrică ; — hipersecreții bronșice — se poate ajunge la atelectazii, la bronhopneumonie de aspirație (**Sindrom Mendelson**) prin aspirația secreției gastrice acide.

Vom asigura : aspirația traheală ; Antibioterapie (cu spectru larg injectabil) ; Oxigenoterapie ;

— **Edemul pulmonar acut** (complicații posibile în intoxicații CO, Tricloretilen, Meprobamat sau supradozaje de analeptice, hiperhidratare. Oxigenoterapie — Furosemid±Sîngerare.

Tratamentul tulburărilor circulatorii — în cursul intoxicațiilor vom urmări sistematic : Puls, T.A., EKG, Perfuzia renală (sonda à demeure) Se pot ivi : — **Tulburări de ritm sau conducere, — Colapsul circulator, — Sincopa cardiacă.**

Se obțin rezultate prin : — Oxigenoterapie±Resuscitare cardiorespiratorie ; — Soluții macromoleculare perfuzabile ; — Corticoizi perfuzabili (hemisuccinat H.C.) ; — Norartrinal ; — Antiaritmice și/sau beta stimulatori adrenergici, Dopamină în perfuzie.

Tratamentul tulburărilor reglării termice sînt consecințe ale : — dereglării centrului termic — acțiune a toxicului ; — deshidratări severe ; — suprainfecții — respiratorii, digestive etc. **Tratament :** Oxigenoterapia : Rehidratarea ; Antibioterapia (după aspirația bronșică, digestivă).

Tratamentul fenomenelor de iritație S.N.C. — Convulsii — se vor trata cu Hidroxizin i.v. (f. lent) cu Fenobarbital inj. i.m. (sub control atent al respirației), — **Agitație — delir :** — Clordelazin (Plegomazin), fiole a 25 mg i.m. ; — Scopolamina bromhidrat, 0,5 mg subcutan.

Tratamentul fenomenelor de inhibiție S.N.C. — Coma de intensitate variabilă ; — **Paralizii ; — Atingere a nervilor craniени** (cecitate, sindrom vestibular).

Scanned with OKEN Scanner

11.3. PRINCIPALELE INTOXICAȚII ACUTE

O prezentare exhaustivă a **Intoxicațiilor acute** este mai dificilă într-un ghid care-și propune să ofere reperele imediate pentru **Diagnostic și prim ajutor,** care trebuie asigurate pînă cînd intoxicatul ajunge în spital.

Medicul salvării, medicul generalist de prim contact, trebuie să fie dotat — în Trusa de urgență, în Autoambulanța antișoc — cu instrumentarul, soluțiile perfuzabile și drogurile necesare unor intervenții de extremă urgență, atît privind terapia antidot, cît, mai ales, pentru terapia de epurare și de restabilire a homeostaziei (reanimare metabolică, cardio-respiratorie etc.).

Dacă **Toxicul este cunoscut sau nu,** ceea ce este foarte important pentru medicul chemat de urgență, este **Tabloul clinic actual** al intoxicatului, tablou ce exprimă complexul manifestărilor clinico-biologice realizat de agresiunea toxică.

Bineînțeles că există un specific de manifestări legate și de specificul intoxicației (suicid, intoxicație accidentală sau profesională, crimă) :

A. *Sînt dominante unele toxice în cazul suicidului,* în funcție și de vîrstă, intelect, profesie și bineînțeles în funcție și de derapajul psihic care a condus la tentativa de suicid.

B. *Sînt, de asemenea, dominante alte toxice în tentativa de crimă.* criminalul disimulînd toxicul atît față de victimă, cît și față de organele judiciare și utilizînd toxice de mare agresivitate.

C. *Există o gamă largă de toxice implicate în intoxicațiile accidentale* (care se realizează din ignoranță, imprudență, neglijență, abuz, sau indisciplină terapeutică).

D. *Din categoria intoxicațiilor accidentale fac parte,* în fine, și intoxicațiile profesionale, rezultînd din : I. apariția unor defecțiuni la nivelul instalațiilor, a procesului tehnologic, a sistemelor de manipulare, transport și depozitare a substanțelor toxice industriale ; II. din necunoașterea sau nerespectarea normelor de protecție a muncii.

Deși același toxic poate genera o intoxicație accidentală, dar și una voluntară sau criminală (de exemplu, insecticidele organofosforice) sau una profesională dar și criminală (de exemplu, hidrocarburile volatile — Butan, Propan, Metan), considerăm necesară o schematizare a prezentării diverselor intoxicații după modelul de mai jos :

Scanned with OKEN Scanner

11.4. PREZENTARE SINOPTICĂ

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ŞI COMPLICAŢII MAJORE	PRIM AJUTOR
1.	ACIZI CAUSTICI : Clorhidric, azotic, sulfuric, acetic	digestiv	Disfagie, dureri retrosternale şi epigastrice, vărsături, diaree. Ulceraţii digestive. Perforaţii esofagiene cu mediastinită. Perforaţii gastro-intestinale cu peritonită. Insuficienţă hepato-renală. Intoxicaţii accidentale (vezi). Edem pulmonar acut	Spălătură gastrică — contraindicat în prezenţa ulceraţiilor — provocare de vărsături — acizi : Magnezie usta, lapte, apă (Bicarbonatul poate dăuna la perforaţii) — Alcali : acid acetic sau citric diluat — Antibiotice — corticoizi perfuzabili — Anestezice, analgezice
2.	ALCALI CAUSTICI : Soda caustică Potasa caustică Var (nestins şi stins) Amoniac Amoniacul sub formă gazoasă	idem		
3.	BARBITURICE Fenobarbital Amital sodic (Dormital) Ciclobarbital	Sistem nervos central şi vegetativ	Debut cu agitaţie, confuzie „beţia barbiturică". Coma barbiturică — cu hipotonie musculară, areflexie, pupile midriatice (mioza = prognostic grav). Facies congestiv, transpiraţii profuze, respiraţie liniştită. R. Cheyne-Stockes — prognostic grav. Colaps circulator	Iniţial, spălătură gastrică : apă cu cărbune şi puţină sare, apoi, pe sondă, purgativ salin : Sulfat de Na, la 200 ml apă 30 g. Se dau cantităţi mari de lichid să ingere. Perfuzie pentru

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ŞI COMPLICAŢII MAJORE	PRIM AJUTOR
	Uneori : asociere alcool etilic	digestiv	Leziuni trofice : cutaneomusculare	diureză, osmotică şi alcalinizare
4.	TRANCHILIZANTE Hidroxizin Meprobamat Diazepam Napoton	idem	Intoxicaţie extrem de gravă : comă profundă, insuficienţă respiratorie, colaps sever. Obnubilare, somnolenţă, comă calmă ; colaps şi insuficienţă respiratorie uneori tardive sau precoce în caz de asocierea alcoolului	Bicarbonat Na 1,4% + + Manitol 10% + glucoză 10%. Colaps : H.C Hemisuccinat 400—1 000 mg. Aspiraţie bronşică. Asocierea alcoolului face uneori ireductibil colapsul şi coma, aceleaşi măsuri ca barbiturice
5.	NEUROLEPTICE : Clorpromazina (Plegomazin) (Clordelazin)	Sistemul nervos central şi vegetativ	Comă cu păstrarea reflexelor, uneori crize de contractură	Măsuri similare cu cele de la barbiturice. Oxigenoterapia pentru insuficienţă respiratorie şi eventual analeptice respiratorii Megimid. Bemegrid, Ahypnon.
	Levomepromazin (Nozinan)	idem	Ca mai sus, dar şi colaps, tulburări respiratorii, lipotimie	
	Romergan	idem	Agitaţie, convulsii, la început, apoi comă cu fibrilaţii musculare, şi, în fine, agitaţie psihomotorie, delir, halucinaţii	

Scanned with OKEN Scanner

6	OPIACEE — opiu, morfină, codeină, heroină, hidromorfon (Dilauden) ANALGETICE DE SINTEZĂ Pethidine sau Meperidine : Dolantin Dolosal Demerol sau Metadon	Sistemul nervos central şi vegetativ	Adeseori supradozarea în momente lucide la toxicomani, dar şi intoxicaţii accidentale Comă cu mioză marcată, insuficienţă respiratorie cu cianoză marcată, colaps Heroina de 5 ori mai toxică ca Morfina. Infecţii grave la toxicomani. Heroina poate realiza colaps, edem pulmonar şi mare insuficienţă hepato-renală	Antidot : NALORPHINE („Medinpex", R.P.U.) sau LETHIDRONE „Wellcome" fiole a 5 mg. Se inj. i.v. 10 mg şi se repetă la 10—15 min., de 3—4 ori. Cînd opiaceul s-a luat pe cale orală în doză toxică sau chiar la inj. : spălătură gastrică, la început cu apă sau permanganat de K 1‰. apoi tot pe sondă soluţie de tanin 1—2% 100 ml, eventual cărbune şi purgativ salin
7.	Alţi alcaloizi : Beladona şi decoctul de Atropină/Beladona (Mătrăgună) Atropina, Scopolamina, Hioscina	Paralizant vagal	Tahicardie, hipertensiune, hipertermie, uscăciune externă a mucoaselor, sete. Midriază, fotofobie, cefalee intensă, halucinaţii, comă, convulsii, paralizie respiratorie. Intoxicaţii în mediul rural, mai rareori accidentale	Spălătură gastrică sau provocare de vomă 100 cc sol. tanin 1—2%, apoi apă cu cărbune medicinal PILOCARPINA 10 mg s.c. repetat pînă apar secreţiile salivare. Analeptice în caz de par. resp. AHYPNON

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ŞI COMPLICAŢII MAJORE	PRIM AJUTOR
8.	OXID DE CARBON (sensibilitate crescută la bătrîni la asocierea alcoolului, anemici, cord pulmonar)	Blocajul Hb (forme de carboxi Hb) incapabilă de transport O_2 — leziuni SNC	Oxicarbonism acut (mai frecvent accidental) — formă masivă — paralizia membrelor, sincopă, convulsii, moarte rapidă — formă acută — cefalee bitemporală, mers ebrios, somnolenţă, comă. Dispnee C. Stokes, culoare roză, puls rapid, T.A. prăbuşită, EKG — alteraţiuni ischemice. Reflexe abolite, Babinski bilateral. Complicaţii : E.P.A., infarct miocardic, gangrene la extremităţi	— Scoaterea din mediul toxic — Respiraţie artificială după elib. căilor aeriene. Eventual masaj cardiac extern — OXIGENOTERAPIE eventual după intubaţie) — Analeptice : MICORENE (KARION) fiole a 1 ml=15 mg sau 2 ml=50 mg. Antidot CO-Tionină (Helthion) „Helvepahrm“ fiole a 10 ml sol. 0,2% în sol. glucozată inj. i.v. lent sau i.m. (2 fiole la început). În colaps, infarct, EPA —H.C. Hemisuccinat — 200 mg i.v. f. lent
	HIDROCARBURI VOLATILE : — metan — propan — butan (aragaz)	Acelaşi tip de acţiune		
	GAZE DE EŞAPAMENT	idem		

Scanned with OKEN Scanner

9	INSECTICIDE ORGANOFOSFORICE : Parthion Ekatox Folidon Wolfatox Carbetox etc. (intoxicație prin contact cutanat, inhalare, mai rar ingestie)	Blocarea colinesterazei cu excitație brutală a vagului	Rară dar posibilă ca intoxicație voluntară, mai frecvent accidentală și posibil și criminală. Hipersalivație, mioză, rhinoree, transpirații profuze, vărsături, colici abdominale, diarei, bronhospasm, bronhoree, dispnee, bradicardie pînă la bloc a-v, E.P.A., toxic, colaps, convulsii, comă	Trat. de urgență (atenție la protecția salvatorului — se va lucra cu mănuși de cauciuc) ATROPINA 2—4 mg i.v., apoi repetat din 10—15 min. pînă apare midriaza (30—40 mg/24 h). Îndepărtarea hainelor (cu mănuși și spălarea cu apă și săpun a întregului corp (preferabil apă bicarbonată 4%). Instilații oculare — spălături cu apă bicarbonată 2%. Spălătură gastrică, în caz de ingestie cu apă bicarbonată 4%, apoi 30 g sulfat de Na pe sondă. TOXOGONIN „Merk“ (PARANGIT) „EGYT“ — fiole a 1 ml (0,25 g) 2—3 fiole i.v./zi Oxigenoterapie, Furosemid în E.P.A.

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
10.	INSECTICIDE ORGANOCLORATE/DDT DERIV. INDAN : Aldrin Dieldrin Endosulfan Hexaclorciclohexan Gamexan Lindan	Sistem nervos, digestiv, hepatorenal	Adeseori intox. accidentale Tulburări digestive : greţuri, vărsături, colici, diaree. La DDT : atingere renală, hepatică, moarte prin EPA, paralizie respiratorie, convulsii La INDAN convulsii, HTA agitaţie, delir, comă	Nu există ANTIDOT — Spălătură gastrică (apă cu cărbune) apoi purgativ salin — Fenobarbital pentru convulsii i.m., din oră în oră sau Hidroxizin — Diureză osmotică — Calciu gluconic, Tiosulfat de Na i.v.
11.	CIANURI şi acid CIANHIDRIC (intoxicaţie prin inhalare ac. cianhidric accidental) ingestie Cianură K	Blocajul enzimelor resp. anoxie celulară	Intoxicaţie voluntară (Cianură K), dar deseori accidentală (acid cianhidric, sîmburi de piersici, de migdale amare), uneori criminale (cianura K). Forme supraacute în cîteva secunde prin paralizia centrilor bulbari Forme acute (10—15 min) iniţial fără excitaţie, apoi convulsii, paralizii, vărsături, paralizie respiratorie (miros de migdale)	În caz de inhalaţie : imediat nitrit de amyl — de inhalat. Inj. i.v. f. lentă : Nitrit de Na 1% — 10 ml, Hiposulfit de Na (Tiosulfat Na) 20% i.v. Antidot specific : KELOCYANOR („La Roche Navarron"), fiole a 20 ml — 300 ml EDTA dicobaltic — inj. f. repede i.v. + 50 ml glucoză hipertonică + B_1 — B_2 — C — PP/Oxigenoterapie susţinută

Scanned with OKEN Scanner

12.	CHININĂ, CHINIDINĂ	Toxic protoplasmatic şi al S.N.C. atingere cardiacă	Rareori intoxicaţie voluntară, adesea accidentală (ca abortiv) sau terapeutică. Excitaţie cu delir, halucinaţii („beţia chininică") bloc a-v, vărsături, tulburări vizuale, depresie şi paralizie bulbară	Spălătură gastrică cu apă şi cărbune medicinal + 100 ml sol. 1—2% şi purgativ salin. Oxigenoterapie, vit. B_1—B_6—B_{12}, analeptice
13.	DIGITALICE	Cord-Bloc cardiac ; Aritmii cu riscul fibrilaţiei ventriculare	Rareori intoxicaţie voluntară (cardiaci cronici), cel mai adesea terapeutică. Vărsături, cefalee, vedere colorată în galben, aritmii ventriculare, joncţionale. Bloc a—v şi bloc sinoatrial, stop cardiac	Susp. drogului — săruri de K sau aspartat K+Mg; (TROTOMCARDIN, PANANGIN) Difenil hidantoină, Fenitoină 4—600 mg per os sau DILANTIN, PHEDIDAN inj. i. v. în aritmiile severe, Atropină sulf. 1 mg i.v.
14.	STRICNINA	Sistem nervos	Poate fi întîlnită ca intoxicaţie voluntară dar şi criminală. Hiperestezie generalizată, convulsii tonice cu trismus, opistotonus putînd duce la fracturi vertebrale, HTA. Insuf. resp. gravă. Moarte prin asfixie	Cameră obscură, în liniște perfectă. Barbiturice, chiar pînă la narcoză (Pentothal). Oxigenoterapie ; Perfuzii sol. glucozată ; în cazurile grave respiraţie asistată

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ŞI COMPLICAŢII MAJORE	PRIM AJUTOR
15.	**ALCOOL ETILIC** (etanol) foarte periculos în asociere cu Barbiturice, Tranchilizante, CO	Sistem nervos central. Cord miocard prin acetaldehidă	Fază de excitaţie (alcoolemie 1—2‰) „beţia alcoolică"; agitaţie psihomotorie, logoree, tendinţă la agresivitate, dizartrie, titubaţie. Faza de incoordonare (2—3‰); — tulburări de coordonare şi echilibru, diminuarea senzoriului, tulburări de ritm cardiac. Comă (3—5‰) — cu hipotonie musculară, areflexie, relaxare sfincteriană, midriază, paloare lividă	Spălătura gastrică în primele faze — cu apă bicarbonată 4—5% şi cărbune medicinal. Ser glucozat 20—33% pînă la 100 ml, asociat cu B_6 fiole a 250 mg, 3—4 fiole+ B_1 100 mg. Diureză osmotică şi alcalinizare. În faza de excitaţie: Hidroxizin i.v. f. lent
16.	**ALCOOL METILIC (metanol)**	Blocarea enzimelor respiratorii celulare prin formaldehidă. Nerv optic, rinichi	Intoxicaţie accidentală (ignoranţă — folosirea la băuturi) sau profesională. Tulburări digestive grave. Colici, vărsături, diarei, pancreatită acută. Dispnee, tahicardie, cianoză, prăbuşire T.A. Delir, mialgii, convulsii, contracturi, cecitate totală; Oligo-anurie — I.R.A.	Spălătură gastrică cu apă bicarbonată 4—5%. Antidot — alcool etilic sol. 5% 2—3 litri i.v. în perfuzie+ glucoză. Vitamine din grup. B. Diureza osmotică şi alcalinizare — sol. Bicarbonat de Na 1,4%

Scanned with OKEN Scanner

17.	AMONIAC (sub formă gazoasă); același efecte : HALOGENI (Cl, Br, I)	Aparat respirator	Intoxicație adesea profesională : traheobronșită severă pînă la E.P.A., toxic sau edem glotic cu I.R.A.	Scoaterea din mediu. Bronhoaspirație. Oxigenoterapie + antispumante. Aerosoli cu Procaină. Antibiotice
18.	ANTIGEL (ETILENGLICOL) și DIETILENGLICOL	Sistem nervos Hepatorenal	Intoxicație accidentală sau profesională. Comă cu bradicardie, hipotermie, areflexie, convulsii. Dietilenglicol realizează o hepatonefrită gravă	Oxigenoterapie. Antidot : Calciu gluconic 10%. Perfuzii glucoză. Pt. convulsii inj. i.v. lentă : HIDROXIZIN
19.	ARSEN/Pesticid : Verde de Paris. Trioxid de As (ȘORICIOAICĂ) Anhidrida arsenioasă (raticid)	Tub digestiv leziuni hepatice, renale, miocardice	Intoxicații accidentale, mai rareori voluntare și excepțional criminale (anhidrida arsenioasă = „pudra succesiunii" — Evul mediu). Intoxicații profesionale — în industria ceramicei, sticlei, pielii și coloranților. În agricultură (insecticide). Gastroenterită coleriformă, insuf. hepato-renală, convulsii, comă	Spălătură gastrică cu apă albuminoasă, lapte. Tiosulfat de Na 20% i.v./ANTIDOT : D.M.P. (SULFACTIN) 2—3 mg/kg corp. Perfuzii glucoză, hepatoprotectoare. Trat. I.R.A.
20.	BROMURA ȘI CLORURA DE METIL gaze mai ușoare ca aerul, ușor lichefiabile — agenți de refrigerare : extinsori	Plămîn, tub digestiv, sistem nervos	Bromura — E.P.A. Clorură — Gastroenterită acută. Intox. accidentale și profesionale. Cefalee, vertij, tulb. vizuale, disartrie, sincope, uneori convulsii surintrante	Oxigenoterapie Hidratare și alcalinizare Tratan.ent E.P.A.

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
21.	BIOXID DE CARBON (gaz carbonic) — din descompunerea subst. veget. organice și animale : — fiind mai greu ca aerul se adună în fose, pivnițe, latrine ; fermentația alcoolică îl produce, în crame, pivnițe	Centrii bulbari	Cefalee, acufene, slăbiciune exagerată, dispnee, tahicardie, palpitații, vertije, sincope, comă cu cianoză foarte intensă	Scoaterea bolnavului din mediu. Oxigenoterapie. Analeptice respiratorii : Micorène, Ahypnon Atenție ! la protecția salvatorului
22.	CLOROFORM, ETHER	Aparat respirator Sistem nervos	Intoxicație accidentală, terapeutică și foarte rar criminală : narcoză profundă, respirație stertoroasă, prăbușire T.A., tahicardie, cianoză, midriază. Complicații majore : ETER=bronhopneumonie — sincopă respiratorie. CLOROFORM=comă hepatică	Oxigenoterapie intensivă. Analeptice respiratorii : Micorène, Ahypnon. Perfuzii glucoză 20% + Hemisuccinat de H.C. Antibiotice cu spectru larg
23.	CLORAT DE POTASIU (utilizat pentru gargarisme)	Hemoglobina transformînd în Methemoglobină	Intox. accident. (ignoranță), greșeli terapeutice. Gastroenterită acută, urmată de methemoglobinemie cu cianoză, dispnee, tahi-	Oxigenoterapie intensivă. Transfuzii masive precedate de sîngerări. Perfuzii de glu-

			cardie, hipotensiune. În forme f. severe=insuf. hepato-renală. Intoxic. prof. în industria de coloranți sau medicamentoase : fenacctina, acetanilida. Ind. de explozibile, abuz terapeutic, rareori suicid	coză. ANTIDOT : Albastru de metilen 1% f. lent i.v. Acid nicotinic 5 mg/kg inj. i.v. f. lent În caz de ingestii : spălătură gastrică cu apă +cărbune medicinal urmat de purgativ salin
24.	COCAINA și derivați ca PROCAINA, XILINA (anestezice)	Sistem nervos central	Intoxicații prin supradozaj la toxicomani sau accidente tip alergie medicamentoasă. Tulb. psihice : agitație psihomotorie, halucinații, erotism, agresivitate („beția cocainică"). Hipersimpaticotonie : tahicardie, H.T.A., midriază, transpirații, febră. Uneori crize epileptiforme. Anestezice : alergie cutanată, respiratorie, sincopă	În caz de ingestie : spălătură gastrică, cărbune medicinal și purgativ salin 30 g la 200 ml apă. În caz de excitație : barbiturice. În caz de comă : Oxigenoterapie. Analeptice (în caz de accidente), anestezice : Ahypnon i.v.+H.C. Hemisuccinat
25.	CURARA și medicația curarizantă	Blocaj al plăcuței motorii (mușchi)	Accidente terapeutice, foarte rar suicid sau crimă. Paralizie musculară, cianoză, paralizie respiratorie—moarte	ANTIDOT : Prostigmină 0,5 mg. Oxigenoterapie

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
26.	CIUPERCI OTRĂVITOARE (AMANITA PHALLOIDES) ciuperca albă	Tub digestiv, ficat	Intoxicații accidentale (adeseori colective). SINDROM FALOIDIAN : Timp de latență : 12—24 ore. Gastroenterită extrem de severă cu sindrom de deshidratare și colaps hipovolemic, I.R.A., hepatoză toxică severă, insuficiență hepatică	Nu se fac spălături gastrice (latența fiind prea lungă). Rehidratarea susținută, perfuzii ser glucozat, alcalinizare plasmatică (Bicarbonat 1,4% sau THAM)+H.C. Hemisuccinat. Analeptice ATROPINA i.v. repetat
	AMANITA MUSCARIA (buretele pestriț)	Excitație vagală intensă	SINDROM MUSCARINIC : Timp de latență 1—2 ore. Hipersalivație, vărsături. Transpirații profuze, bradicardie, hipotensiune, dispnee, mioză. Risc E.P.A. — sincopă	Spălătură gastrică, cărbune medicinal, purgativ salin. Oxigenoterapie. Perfuzie sol. izotonice. Analeptice. Glucoză hipertonică i.v. Alcalinizare plasmatică
	Asociere ALCOOL		SINDROM NITRITOID („antabuse like syndrome") vasodilatație cefalică intensă, cefalee, stare de neliniște, tahicardie	
27.	COLCHICINA alcaloid din Colchitum autumriale	Toxic capilar hepatic, hematopoetic	Supradozaj terapeutic, rareori suicid. Gastroenterită acută severă, neuro-mialgii generalizate, convulsii, apoi paralizii. Insuficiență hepatorenală I.R.A. purpură vasculară	Spălătură gastrică urmată de sol. tanin 1—2%. Oxigenoterapie. Analgezice. Perfuzii glucoză și alcalinizare + H.C. Hidrocortizon

Scanned with OKEN Scanner

28.	HIDRAZIDA I.N. (tuberculostatic major)	Sistem nervos central	Cel mai adesea intoxicaţie voluntară (suicid bolnav TBC), mai rar accidentală. Cefalee, agitaţie psihomotorie, cianoză, comă, convulsii, hiperglicemie şi acidoză metabolică, paralizie respiratorie. Insuficienţă hepatorenală	Spălătură gastrică în prima fază. Pentru convulsii : Diazepam i.v. sau Hidroxizin. Vit. B_6 — 500 mg (2 fiole) inj. i.v. Calciu gluconic : i.v. Alcalinizare plasmatică şi diureza osmotică
29.	MAGNEZIU sulfat injectabil	Sistem nervos, miocard	Accident terapeutic. Poate realiza colaps şi stop respirator	ANTIDOT : Calcium gluconic 10% i.v. pe acelaşi ac
30.	NICOTINA (insecticid)	Sistem nervos	Accidentală sau profesională. Gastroenterită gravă, tulburări de ritm cardiac, convulsii, paralizie respiratorie	Spălătură gastrică cu sol. tanin 2%. Atropinizare intensivă. Oxigenoterapie. Analeptice respiratorii. Xilină pt. aritmiile ventriculare
31.	SALICILAŢI ASPIRINA	Echilibru acido-bazic	Intoxicaţie accidentală terapeutică (mai rar) posibil intoxic. voluntară (suicid). Gastroenterită, transpiraţii profuze, cefalee, vertij, surditate, dispnee, chiar R. Kussmaul, hematurie, I.R.A.	Spălătură gastrică cu apă bicarbonată, cărbune medicinal, apoi purgativ salin. Alcalinizare plasmatică cu bicarbonat 1,4% şi diureză osmotică cu ser glucozat + vit. K doze mari

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
32.	SĂPUN — instilații cu apă cu săpun intrauterin în scop abortiv	Hemoliză I.R.A.	Folosirea în scop abortiv. Hemoliză acută, gravă, colaps — icter hemolitic, riscul I.R.A. — uremie	Antibiotice cu spectru larg, H.C. Hemisuccinat. Perfuzii ser glucozat și alcaliniz. plasmatică. Vit. C i.v. doze mari
33.	SĂRURI DE AUR Solganal, Tauredon etc.	Rinichi, sînge, tegumente	Accidente terapeutice (nerespectarea contraindic.). Dermatită, eritrodermie, stomatită. Hematurie, albuminurie. Risc I.R.A. — uremie. Trombocitopenie, agranulocitoză sau pancitopenie	ANTIDOT: Dimercaptopropanol. — B.A.L. SULFACTIN inj. i.m. în primele ore. Perfuzii glucozate și alcalinizare plasmatică. Transfuzii de sînge în caz de atingeri medulare ± H.C. Hidrocortizon
34.	SULFAMIDE	Rinichi	Accidente terapeutice (favorizate de aciditatea urinii). Dureri lombare și oligoanurie, risc I.R.A.	Alcalinizare susținută pe cale orală și perfuzabilă (bicarbonat 1,4%) ± ser glucozat

Scanned with OKEN Scanner

INTOXICAŢII PROFESIONALE (defecţiuni tehnice, neglijenţă, imprudenţă)

35.	ANHIDRIDA SULFUROASĂ (ind. metalurgică, instalaţii de refrigerare ; ind. celulozei şi cauciucului)	Aparat respirator	Rhino-faringo-traheo-bronşită pînă la E.P.A. Bronhopneumonie. Conjunctivită	Scoaterea intoxicatului. Oxigenoterapie intensivă. Antibioterapie. În forme grave : intubaţie, aspiraţie traheală şi resp. artificială. Aerosoli cu Procaină. Perfuzii cu H.C Hemisuccinat
36.	HIDROGEN SULFURAT rafinării, ind. cauciuc şi vîscoză, putrefacţii org. (muncitori canale)	Aparat respirator	Inhibiţie respiratorie şi moarte prin asfixie	Scoaterea din mediul toxic (atenţie la protecţia salvatorului !). Oxigenoterapie. Respiraţie artificială. Antibiotice
37.	HIDROGEN ARSENIAT (ind. minereului As.) — decapajul metalelor ; ind. acumulatoare	Sînge (hemoliză acută)	Hemoliză acută cu şoc şi I.R.A. (rapid mortale)	ANTIDOT : Dimercaptopropanol — SULFACTIN inj. i.m. imediat. Tiosulfat de Na 20% inj. i.v. Alcalinizare plasmatică şi perfuzie glucoză

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
38.	CLOR, BROM, FLUOR (ac. fluorhidric) FOSGEN — gaz de luptă dar și produs ind. (oxiclorură de carbon)	Aparat respirator	Același tip de intoxicație accidentală, profesională. Rhino-faringită. Traheo-bronșită, conjunctivită, pînă la E.P.A. Bronhopneumonia este o complicație secundară	Oxigenoterapie intensivă cu antispumante. Se poate ameliora și cu aerosoli de bicarbonat de Na 1%. Antibioterapie ± H.C. Hemisuccinat
39.	BERILIU în ind. lămpilor fluorescente — CADMIU — PETROL — BENZINĂ	Aparat respirator	Intoxicație profesională : Astenie progresivă, slăbire, dureri toracice, tuse, dispnee, cianoză, raluri umede în ambii plămîni. Rx. tramă bronho-vasculară cu opacități neregulate în ambii plămîni (pneumonie subacută) Pneumonie chimică	OXIGENOTERAPIE ANTIBIOTERAPIE CORTICOTERAPIE EDTA în intoxicații cu CADMIU
40.	DINITROFENOL DINITROCREZOL	Metabolic	Intoxicație profesională (ind. explozibile) sau accidentală (insecticid). Astenie, slăbire rapidă, tahicardie, febră, cianoză, polinevrită	Perfuzii glucoză + Vit. gr. B
41.	BENZOL, amestec de BENZEN-TOLUEN-XILEN (Ind. cauciuc, lacuri, încălțăminte)	Sistem nervos Măduva hematopoetică	Intoxicații profesionale. Euforie. Stare de excitație, cefalee, vertij, mers ebrios, pierderea cunoștinței, convulsii, E.P.A. Agranulocitoză, stări preleucemice	Oxigenoterapie. Perfuzii glucoză și alcalinizare plasmatică. Hidroxizin i.v. (în stările de excitație) H.C. Hemisuccinat i.v.

Scanned with OKEN Scanner

42.	NITROBENZEN se transformă în organism în deriv. fenolici	Sistem nervos, sînge	Intoxicaţie profesională percutană : somnolenţă, narcoză, precedaţi de excitaţie euforică şi ebrioasă. Cianoză, anemie hemolitică, methemoglobinemie	Dezbrăcare şi spălare cu alcool (atenţie la protecţia salvatorului). Sîngerare urmată de transfuzie de sînge, perfuzii de ser fiziologic, analeptice, alcalinizare
43.	FENOL (acid carbolic) CREZOL CREOZOT	Tegumente, sist. nervos, rinichi	Intoxicaţie profesională sau medicamentoasă (dezinfectanţi). Arsuri, necroze cutanate, depresie, S.N. cu cefalee, vertij, delir, comă şi convulsii. Nefrită hemoragică, acidoză severă	Dezbrăcare şi spălare cu apă caldă, glicerină sau alcool 60%. Perfuzii glucoză şi alcalinizare plasmatică. Antibiotice cu spectru larg
44.	SOLVENŢI ORGANICI : Sulfura de carbon, bromura şi clorura de metil	Sistem nervos	Intoxicaţie profesională (ind. hîrtiei, cauciuc, extracţie sulf.). Inhalarea realizează o narcoză asemănătoare cu cele cu cloroform (vezi)	Scoaterea intoxicatului din mediu (atenţie la protecţia salvatorului). Oxigenoterapie intensivă. Analeptice : Ahypnon, Micorène. Perfuzii glucoză
45.	TALIU sulfat (deratizant)	Sistem nervos	Intoxicaţie accidentală : dureri retrosternale, în gambe — polinevrită gravă. Nevrită optică — paralizie bulbară	Spălătură gastrică. Tiosulfat de Na 20% i.v. Iodură de K. Vit. gr. B

Scanned with OKEN Scanner

Nr. crt.	TOXIC	IMPACT	MANIFESTĂRI CLINICE ȘI COMPLICAȚII MAJORE	PRIM AJUTOR
46.	TETRAETIL DE PLUMB (antidetonant)	Sistem nervos	În benzina de avion 1,6‰, în cea de automobil 0,6‰, intoxic. profesională prin inhalarea de vapori : cefalee, vertij, salivație abundentă cu gust dulceag, vărsături, agitație, delir, dureri abdominale, hipotensiune	Oxigenoterapie. Respirația artificială. Analeptice. Perfuzii. Glucoză, arginină, aspatofort, alcalinizare plasmatică
47.	TETRACLORURA DE CARBON (solvent al grăsimilor) trinitrotoluen	Ficat, rinichi	Intoxicație profesională prin inhalare : narcoză asemănătoare cloroformului, icter oligo-anurie, albuminurie, cilindrurie, azotemie. Insuficiență hepato-renală	Oxigenoterapie. Respirație artificială. Analeptice. Perfuzii. Glucoză, arginină, aspatofort, alcalinizare plasmatică
48.	TRICLORETILEN solvent al rășinilor, gudroanelor, săpunurilor	Sistem nervos	Intoxicație profesională : somnolență pînă la narcoză precedată de o stare de excitație ebrioasă	Oxigenoterapie. Analeptice respiratorii. Perfuzii de glucoză și alcalinizante

Scanned with OKEN Scanner

INTOXICAŢIILE CRIMINALE le-am subliniat cu ocazia prezentării unora dintre TOXICELE ACCIDENTALE sau VOLUNTARE (Cianuri, Anhidrida arsenioasă, Strichnina etc.). Subliniem că, GAZELE DE LUPTĂ — Clor, Fosgen, Iperita se încadrează tot în intoxicaţii criminale (crime de război), avînd implicaţii medico-legale.

Scanned with OKEN Scanner

PEDIATRIE

1. URGENȚE ÎN PEDIATRIE

1.1. ȘOCUL

Este un ansamblu de semne care exprimă o suferință celulară profundă, secundară anomaliilor circulației capilare.

Motivul consultului : adinamie, torpoare, agitație neuropsihică, tegumente reci cu tentă cenușie, polipnee, puls slab, oligurie, prăbușire tensională.

Circumstanțe etiopatogenice :

— șocul endotoxinic : este secundar, de obicei, infecțiilor cu germeni gram negativi (E. Coli, Pseudomonas aeruginosa, Salmonella). Poate fi dat și de infecții cu germeni gram pozitivi, ca de exemplu : stafilococ, streptococ hemolitic, meningococ, pneumococ ;

— șocul hipovolemic apare în : deshidratări acute — boală diareică acută ; stenoză hipertrofică de pilor ;

— șocul hemoragic apare în caz de hemoragii mari : hematemeză — melena nou-născutului ; hemoragie digestivă superioară din cursul hipertensiunii portale ; purpură trombopenică ; traumatism ;

— șocul cardiogen apare în tahicardia paroxistică, bloc, miocardite, cardiopatii congenitale, tamponada pericardică.

Tratament. Pînă la internarea în spital, în vederea aplicării unui tratament etiopatogenic corect și adaptat cu monitorizare clinico-biologică :

Scanned with OKEN Scanner

a) Umplerea vasculară este timpul esențial ; are ca scop obținerea unei mase sanguine eficace. Mai întîi se va opri hemoragia (dacă există), apoi se va administra în infuzie i.v. rapidă 10—15 ml/kg lichide sub formă de substituenți de plasmă (Dextran, Rheomacrodex). Se continuă cu soluții hidroelectrolitice în perfuzie lentă. Se va evita o supraîncărcare vasculară generatoare de edem pulmonar.

b) Acțiune antișoc : hidrocortizon hemisuccinat, fiole a 0,025 g : 10—20 mg/kg lent i.v.

c) Corecția tulburărilor metabolice : — acidoza : soluție tampon de bicarbonat de sodiu, semimolar (42‰) în doză de 5—10 ml/kg ; — hipocalcemia : calciu gluconic 10% i.v. — 10 ml ; — hipoglicemia : glucoză 33% i.v. — 20—40 ml, eventual Glucagon 1 mg la nevoie repetat.

d) Combaterea anxietății : Diazepam — 1 mg/kg ; fiole a 2 ml conținînd 0,010 g i.v. sau i.m., la nevoie repetat.

e) Combaterea oligoanuriei : Furosemid, fiole a 2 ml conținînd 0,020 g. Se administrează 1—3 mg/kg corp.

1.2. INSUFICIENȚA CARDIACĂ A SUGARULUI

Motivul consultului : dispnee, cianoză, agitație anxioasă, tuse neîntreruptă.

Dispneea, la început apare la efort (suptul biberonului) și se manifestă prin accelerarea frecvenței ventilatorii, se însoțește de crepitante la baze, apoi dispneea se exteriorizează prin semne de luptă, realizează o detressă respiratorie. Hepatomegalia nu lipsește niciodată, depășește cu 3—4 cm rebordul costal și poate ajunge la creasta iliacă.

Tahicardia atinge de obicei 180 bătăi/minut și se asociază cu asurzirea zgomotelor și galop. Poate ajunge la 250 bătăi/minut, sugerînd un ritm paroxistic. Tulburarea hemodinamicei antrenează cianoză (mai ales peribucală și la extremități), transpirații, agitație, anxietate. Poate interveni un colaps, marcat prin tentă cenușie, puls inperceptibil, hipotermie (și marmorare) a extremităților, hipotensiune arterială (sub 50 mm Hg).

Cardiomegalia, pusă în evidență radiologic, este indispensabilă pentru diagnostic. Orientarea etiologică se poate face pe bază clinică, radiografia toracelui și EKG. Cel mai frecvent găsim cardiopatiile congenitale. Ele se relevă din primele zile de viață și, adesea, au la bază șunt.

Alt grup etiologic este reprezentat de cardiomiopatii, în special miocardita acută virală ; survine în cursul unui episod infecțios și realizează o insuficiență cardiacă de instalare brutală.

Scanned with OKEN Scanner

Tahicardia paroxistică supraventriculară poate constitui o cauză de insuficiență cardiacă ; se diagnostichează ușor, prin auscultație și EKG.

Diagnostic diferențial :

— bronhoalveolita virală : lipsește hepatomegalia și cardiomegalia ; sindrom infecțios ;

— gastroenterita acută cu deshidratare și acidoză metabolică : tulburări digestive intense, pierdere ponderală, contrast între intensitatea dispneei și sărăcia semnelor clinice ;

— șoc-colaps : de obicei endotoxic sau de deshidratare.

Insuficiența cardiacă necesită de urgență un tratament depletiv și un tratament tonicardiac.

Tratamentul depletiv asociază restricția hidrosalină cu tratamentul diuretic. Primul gest este administrarea de Furosemid i.v. sau i.m. — 1 mg/kg, care (dacă e nevoie) se poate repeta de mai multe ori pe zi, urmat de tratament per os — 1 mg/kg/24 ore — într-o singură priză, o dată sau de 2 ori pe săptămînă.

Restricția hidrosalină trebuie să asculte de unele reguli : volum lichid perfuzat 50 ml/kg ; aport salin nul ; suficient aport potasic — 2—4 mEq/kg/24 ore. Aportul caloric sub formă de glucoză 10%. Cît mai rapid posibil se va suprima restricția hidrică.

Tratamentul digitalic se bazează pe Digoxină per os (în caz de vărsături i.v. sau i.m.). Doza inițială este de 20 mcg/kg corp (15 mcg/kg i.v.). După 8 ore se începe tratamentul de fond per os, 7 mcg/kg, repetat la fiecare 8 ore. Se reduc aceste doze în caz de insuficiență renală sau cardiopatie obstructivă stîngă severă. Tratamentul digitalic trebuie riguros supravegheat. Administrarea de Diazepam : 0,5—1 mg/kg/24 ore în 4—6 prize.

Acest tratament simptomatic nu trebuie să ne determine să neglijăm un tratament patogenic : corticoterapie în caz de miocardită acută, hipotensoare în caz de hipertensiune arterială, antibiotice, corecția unei eventuale acidoze metabolice ori hipocalcemii.

1.3. INTOXICAȚII

1.3.1. INTOXICAȚIA CU BARBITURICE

Motivul consultului : somnolență, răspuns dificil la întrebări, mai rar stare comatoasă.

Debutul simptomelor este recent, marcat prin congestia feței și excitabilitate, urmat apoi de somnolență, dificultate de a fi trezit, răs-

Scanned with OKEN Scanner

puns slab sau absent la excitații. În interval scurt se ajunge la depresiune respiratorie cu cianoză, pierderea reflexelor osteotendinoase, comă. Anamneza relevă ingestia accidentală sau voluntară a drogului.

Tratament : — primele gesturi : spălătura gastrică evacuatoare (exceptînd starea comatoasă) și recoltare de sînge pentru examen toxicologic ; asigurarea permeabilității căilor aeriene superioare ; — asigurarea unei diureze convenabile prin ser glucozat 5—10% și ser salin 2,25‰, la care se adaugă 2—3 mEq/kg soluție bicarbonat de sodiu 14‰ ; — în forme grave : hemodilaiză.

1.3.2. INTOXICAȚIA CU DERIVAȚI DE FENOTIAZINE ȘI ANTIHISTAMINICE

Motivul consultului : anoxie, somnolență progresivă, stupoare, semne extrapiramidale (mișcări necoordonate, rigiditate, tremurături). Anamneza relevă ingestia toxicului. Între ingestie și apariția simptomelor există o perioadă asimptomatică destul de lungă.

Tratament : spălătura gastrică ; asigurarea permeabilității căilor aeriene.

1.3.3. INTOXICAȚIA CU ATROPINĂ

Poate surveni și prin ingestie de beladona.

Motivul consultului : sete, uscăciunea gurii, tulburări de vedere, fotofobie, congestie intensă a feței, midriază.

Debutul apare la scurt interval după ingestie. Se mai constată tahicardie, febră, agitație, confuzie, delir, incoordonare. La sugar poate exista meteorism accentuat.

Tratamentul este simptomatic : spălătura gastrică evacuatoare ou instilarea de cărbune, antitermice, sedative (Diazepam) în caz de agitație.

1.3.4. INTOXICAȚIA DIGITALICĂ

Motivul consultului : vărsături frecvente, tulburări de vedere, somnolență, convulsii.

Survenirea la un copil, care anterior a fost în stare de sănătate, produce semne ce diferă de cele întîlnite la copilul cardiac : de exemplu,

Scanned with OKEN Scanner

alungirea P R, scurtarea Q T şi modificările S T sînt, în general, absente. O manifestare precoce este de obicei exagerarea unei aritmii sinusale. Ritmul sinusal poate fi înlocuit prin ritm nodal. Alte semne : bradicardia sinusală, bloc auriculo-ventricular.

Tratament : — golirea stomacului cît mai rapid posibil, provocînd vărsături sau prin spălătură ; — administrarea de clorură de potasiu, dacă este posibil i.v. sub control (hiperkaliemia poate agrava toxicitatea Digoxinei) ; — nu se administrează calciu, care acţionează sinergic cu Digoxina ; — poate aduce beneficii infecţia de sulfat de magneziu 1% ; — în caz de aritmie cardiacă, procainamida 50 mg la interval de 2 ore.

1.3.5. INTOXICAŢIA CU INSECTICIDE ORGANO-FOSFORICE

Motivul consultului : debut brutal cu vasodilataţie, sudori, colaps, tulburări respiratorii, clipitul pleoapelor, agitaţie, convulsii, febră, mioză. Examen obiectiv : raluri subcrepitante, hiporeflexie. Anamneza luată cu insistenţă relevă contactul cu toxicul.

Diagnosticul diferenţial cu : — bronhopneumonia : debut acut, caracter progresiv al bolii, circumstanţe epidemiologice ; — encefalite acute : debut acut, evoluţie progresivă, semne de focar cerebral. Diagnosticul este precizat prin creşterea titrului colinesterazei sanguine la peste 1,35 *p*H unitate/h/100 ml.

Tratament : Atropină — 0,5—1,5 mg, repetat la 15—30 minute, la început i.v., apoi subcutanat pînă la apariţia midriazei. Se asociază antidot specific — Toxogonin sau Pyrangit 10—50 mg/kg corp i.v. Se asigură aportul hidric prin soluţii glucozate.

1.3.6. INTOXICAŢIA CU NITRIŢI ŞI NITRAŢI

Se observă mai ales în mediul rural, unde se foloseşte apa de fîntînă (bogată în nitraţi).

Motivul consultului : cianoză intensă, dispnee, convulsii.

Sîngele prelevat se prezintă ciocolatiu. Spectroscopic se pune în evidenţă methemoglobina.

Tratament : — albastru de metilen — 1% în doză de 0,1—0,2 ml/kg corp ; — vitamina C — 300—500 mg i.v.

Scanned with OKEN Scanner

1.4. EPILEPSIA ŞI CONVULSIILE

Aceste două sindroame au relaţii strînse, greu de disociat. Unii le diferenţiază totuşi prin caracterul repetat în timp al crizelor de epilepsie, care contrastează cu aspectul izolat şi provocat de o cauză generală ori focală a convulsiilor simptomatice.

Pe plan etiologic, trebuie subliniată importanţa la copil a cauzelor ocazionale :

— metabolice : tetania neonatală, tetania rahitică, hipoglicemia, piridoxinodependenţa, hiponatremia din intoxicaţia cu apă, deshidratarea hipertonă ş.a. ;

— infecţii intracraniene : meningite, encefalopatii şi encefalite acute ;

— leziuni şi anomalii de sistem nervos : traumatisme obstetricale, encefalopatii cronice, toxoplasmoza congenitală, anomalii de dezvoltare cerebrală ;

— tulburări de circulaţie : encefalopatie hipertensivă.

Termenul de epilepsie este rezervat pierderilor de conştiinţă spontane, neprovocate, dar mulţi copii din această categorie au o istorie cu convulsii aparent provocate ocazional.

Electroencefalograma, mai ales în perioada dintre crize, este de mare valoare diagnostică, deşi anomaliile întîlnite pot fi variabile şi greu interpretabile.

Motivul consultului. Crizele de convulsii diferă ca aspect şi circumstanţe de apariţie, în funcţie de vîrstă şi etiopatogenie :

a) Crize majore generalizate : — la nou-născut, cel mai obişnuit se desfăşoară sub formă de crize clonice, adesea focalizate, uneori generalizate sau o contracţie tonică generală cu cianoză şi fixitatea privirii. Apariţia crizei în primele zile după naştere sugerează raportarea la traumatism obstetrical sau hipoglicemie. Dacă apare la sugarul alimentat artificial, posibilitatea tetaniei hipocalcemice este foarte probabilă ; — la copil — criza se caracterizează prin pierderea brutală de conştiinţă, descărcări hipertonice apoi clonice, spume la gură, incontinenţa urinară şi fecală, după care urmează somn sau confuzie şi automatism.

b) Crize mioclonice : secuse convulsive, localizate (cap, gît, membre) fără pierderea de cunoştinţă.

c) Absenţe : pierdere tranzitorie de cunoştinţă.

d) Crize psihomotorii.

Conduita : — Bilanţ clinic : antecedente, nivel mental, semne neurologice. — Bilanţ etiologic. Explorarea în vederea stabilirii cauzei trebuie să asocieze elementul clinic cu biochimia, electroencefalografie ş.a. În cazul că rămîne necunoscut, se poate spune epilepsie esenţială.

Scanned with OKEN Scanner

Plan terapeutic : Tratament general : Copilul va fi culcat în decubit lateral sau ventral, se vor face repetate aspirații pentru degajarea fornixului. Este necesară asigurarea unui microclimat bine ventilat. În caz de infecție se va institui tratamentul ei, adaptat naturii și localizării. Hiperpirexia se va combate cu antitermice : Pyran 0,30 ori Aspirină 0,10 g/an de vîrstă.

Controlul convulsiei prelungite sau repetate se face cu Fenobarbital 5 mg/kg corp, la nevoie, eventual, repetat după 30 minute. Se obțin rezultate bune prin administrarea i.v. (lent) sau i.m. de Diazepam 2—10 mg. Tetania hipocalcemică răspunde prompt la administrarea i.m. sau i.v. de 5—10 ml gluconat de calciu 10%, sau administrarea orală de clorură de calciu soluție 10%, 1/4—1/2 fiolă la fiecare 4—6 ore, timp de 3 zile.

Este important a preveni reînnoirea crizelor convulsive. Aceasta se face prin precizarea etiologiei și instituirea unui tratament adaptat și în doze optime. Cel mai adesea fenobarbitalul rămîne medicamentul preferat.

1.5. DESHIDRATAREA PRIN DIAREE ACUTĂ

Este cea mai frecventă tulburare hidroelectrolitică care apare la sugar și copilul mic. Succede după 1—3 zile de diaree și vărsături și se datorește pierderilor de apă și a electroliților (sodiu, clor, potasiu).

Motivul consultului : a) Deshidratarea medie : — pierdere rapidă 2,5—5% din greutatea corporală inițială ; — indispoziție, insomnie ; — fontanela foarte ușor deprimată ; — sete. b) Deshidratare intensă : — pierdere rapidă de 5—10% din greutatea corporală inițială ; — iritabilitate netă ; — sete vie chinuitoare ; — fontanela, ochii, abdomenul, deprimat ; — pliu cutanat persistent ; — extremități reci, uneori cianozate ; — polipnee prin acidoza metabolică. c) Deshidratare foarte intensă : — pierdere rapidă ponderală peste 10% ; — fontanela foarte deprimată și încălecarea suturilor ; — stare critică prin colaps periferic : piele palid-cenușie și rece, fața de aspect pergamentos, extremități cianotice ; — anoxie ; — cornee sticloase, ochi înfundați.

În fața unui copil deshidratat trebuie apreciați, următorii cinci parametri : volumul deshidratării, osmolaritatea plasmatică, echilibrul acido-bazic, deficitul potasic, echilibrul calcic. Volumul pierderii hidrice se apreciază prin scăderea din ultimele zile a greutății corporale. Pierderea turgorului și a elasticității tegumentelor traduce în medie o deshidratare de 10%.

Scanned with OKEN Scanner

Osmolaritatea plasmatică : cel mai frecvent există o deshidratare normonatremică ; ea se exprimă prin deprimarea fontanelei, înfundarea şi hipotonia globilor oculari, uscarea mucoaselor, pierderea turgorului, persistenţa pliului cutanat.

Deshidratarea hipernatremică se exteriorizează prin predominanţa semnelor de suferinţă a sistemului nervos central, somnolenţă, iritabilitate, hipertonie musculară, uşoară redoare a cefei, apoi mioclonii, tremurături, convulsii. Şocul vascular este tardiv, apare la o deshidratare de 15%.

Deshidratarea hiponatremică este mai rară ; apare cînd diareea se prelungeşte şi se compensează prin apă pură sau prea săracă în electroliţi ; se manifestă prin deficit circulator.

Dezechilibrul acido-bazic este provocat prin pierderea de bicarbonat prin scaune, prin foamea care produce ceto-acidoză, prin acidoza lactică din anoxia celulară şi retenţia acizilor volatili consecutive insuficienţei funcţionale renale. El se traduce prin polipnee şi apariţia respiraţiei Kussmaul.

Deficitul potasic se manifestă clinic tardiv ; se constată hipotonie musculară, areflexie tendinoasă, meteorism abdominal, ileus paralitic.

Hipocalcemia este de observaţie curentă.

Conduită practică de tratament. Să luăm exemplul unui copil de 8 kg :

1) Stadiul vascular urmăreşte înlăturarea colapsului cu repunerea în funcţie a rinichiului. Se va injecta i.v. rapid, în decurs de 30—40 minute, 8×20 ml/kg corp ser glucozat 10% + 20 ml ser salin 4,5‰. În locul soluţiei glucozate 10% se poate folosi soluţie de albumină 5% ori plasmă în doză de 20 ml/kg corp.

2) Stadiul de rehidratare urmăreşte corijarea deficitului hidrosodat, asigurarea necesarului hidrosalin normal de întreţinere şi compensarea pierderilor anormale intervenite între timp.

În cazul deshidratării normonatremice (situaţia cea mai frecventă) lichidul de perfuzie va asigura :

— corecţia deficitului	: 8×100 ml = 800 ml
— întreţinere	: 8× 50 ml = 400 ml
— pierderi anormale	: 8× 10 ml = 80 ml
	Total : 1 280 ml

Jumătate din acest volum se va injecta în primele 8 ore, iar restul în următoarele 16 ore. Compoziţia va fi : 7 părţi soluţie glucozată 5%, 2 părţi soluţie izotonică de clor-natriu 9‰, 1 parte soluţie bicarbonat de

Scanned with OKEN Scanner

sodiu 14‰. La apariția diurezei se va adăuga soluție de clorură de potasiu 3—4 mEq/kg corp.

În ziua doua se contează că s-a compensat deficitul hidrosalin. Perfuzia va asigura nevoile de întreținere și pierderile anormale intervenite, deci va conține : 725 ml ser glucozat — 5%, 150 ml soluție izotonică de ClNa — 9%, 15 ml ClK — 7,4%. Convalescența se anunță prin dorința de a bea și reducerea marcată a diareei.

În cazul deshidratării hipernatremice, lichidul de perfuzie conține (pentru același caz al unui copil de 8 kg) :

— 1 000 ml ser glucozat 5%,
— 250 ml soluție de ClNa 9‰,
— 30 ml ClK — 7,4%,
— 20 ml soluție gluconat de Ca 10%.

În prezența unei deshidratări hiponatremice, soluția de injectat este : 1 000 ml ser glucozat 5% ; 500 ml soluție ClNa 9‰ ; 30 ml soluție ClK 7,4%.

3) Stadiul de convalescență și realimentare. Realimentarea inițială se face cu decoct de orez, supă de morcovi, urmate de preparate dietetice de lapte (Eledon, Cazeolact, Lactosan).

1.6. INSUFICIENȚA ACUTĂ RESPIRATORIE

Are numeroase cauze. Pentru diferențiere ne pot ajuta următoarele criterii :

— **vîrsta :**

- nou-născut : a) c o n g e n i t a l : — imaturitatea centrului respirator ; — malformații de sistem nervos central ; — fistule eso-bronșice ; — atelectazie fetală ; b) c î ș t i g a t : — asfixia (anoxia) neonatală prin hemoragie cerebrală sau/și hipoxie ; — aspirație de lichid amniotic ; — boala membranelor hialine ; — pneumonie interstițială plasmocelulară ; — hipoglicemie, tetanie ;
- sugar și copil : — bronhopneumonie ; — insuficiență cardiacă prin miocardită sau malformație cardiovasculară ; — pneumotorax sau pleuropneumonie cu empiem ; — intoxicații ; — tetanie ;

— **mod de debut :**

- brusc ; stop cardiac, acces asfixic, pneumotorax spontan, aspirație de corp străin, spasm laringian ;

Scanned with OKEN Scanner

- insidios și treptat : laringită acută, bronhopneumonie, pleurezie, pneumonie interstițială ;
- febril : stări inflamatorii infecțioase ;

— **tipul dispneii :**

- inspirator, de obicei cu stridor, crup, spasm laringian, corp străin intrabronșic situat superior ;
- expirator, cu respirație zgomotoasă, raluri sibilante, expir prelungit și chinuitor, hipersonoritate toracală : bronșiolită, astm, adenopatie tb. hilară, corpi străini intrabronșici situați inferior ;
- mixt (inspirator+expirator) : laringo-traheo-bronșită, bronhopneumonie, astm ;

— **anamneza :**

- corp străin (acces de sufocare în plină sănătate) (sindrom de penetrație bronșică) ;
- intoxicații ;
- contagiune virală sau bacteriană (gripă, adenoviroză ; coincidența cu stafilococie cutanată) ;
- cardiopatii congenitale sau cîștigate ;
- accese repetate de dispnee : astm ;
- dezechilibre metabolice : acidoza metabolică din enterita acută sau din diabetul zaharat ;
- repetate accese de dispnee paroxistică sau wheezing : astm ;

— **examen fizic :**

- stare neurologică : conștientă, modificări de reflectivitate și tonus muscular, semne neurologice de focar : insuficiență respiratorie neurogenă (edem cerebral acut, hemoragie meningo-cerebrală, focare expansive intracraniene) ;
- aparat respirator : inegalitate a hemitoracelor ; dispariția murmurului vezicular (modificări de sonoritate toracică : empiem, pneumotorax) ; disfonie, tiraj, tuse lătrătoare=obstrucție laringiană ;
- aparat cardiovascular : bombare a ariei precardiace, cardiomegalie, zgomote supraadăugate, hepatomegalie (cianoză generalizată=malformație congenitală de cord, miocardită interstițială, tahicardie paroxistică supraventriculară) ;
- sindroame clinice asociate : șoc, insuficiență cardiacă, anemie severă, deshidratare.

Măsuri terapeutice :

a) *Nespecifice :*

— asigurarea libertății căilor aeriene : îndepărtarea cauzei determinante care stînjenește excursia respiratorie ;

Scanned with OKEN Scanner

— înlăturarea pericolului aspirației intratraheale : aspirarea secrețiilor din fosele nazale, faringe cu orosonda Nelaton ;

— evacuarea conținutului gastric la comatoși (evitarea spălăturii gastrice la comatoși) ;

— punerea în poziție de securitate a bolnavului ;

— drenaj postural al secrețiilor : poziție declivă de 15° față de planul patului ;

— punerea în condiție de respirație în atmosferă neconfinată (aer curat) ;

— sedare cu Diazepam 0,2 mg/kg corp i.m., eventual asociat cu Fenobarbital 3 mg/kg corp ;

— sondă gastroduodenală pentru alimentație (soluție de glucoză, aminoacizi) și evacuare a lichidelor de stază.

b) *Specifice :*

Stop respirator : este de obicei consecința următoarelor cauze : — accidente : traumatism cerebral, intoxicații, electrocutare ; — infecții pulmonare : bronhopneumonii (virale, germeni gram negativi, pertusis) ; — dezordine metabolică severă : hipoglicemie, hipocalcemie ; — afecțiune acută a S.N.C. (convulsii, meningite, hipertensiune intracraniană).

Tratament : — asigurarea unei ventilații eficace : a) dezobstrucția căilor aeriene superioare ; b) ventilație gură la gură, iar dacă este posibil ventilație cu mască pînă la transportarea într-un serviciu de terapie intensivă ; — verificarea pulsului carotidian (femural) ; în caz de oprire circulatorie se impune asocierea de masaj cardiac extern a cărui eficacitate se apreciază prin recolorare, dispariția midriazei, reluarea conștienței.

1.7. ASFIXIA NEONATALĂ

Este o detressă respiratorie provocată de hipoventilația alveolară.

Simptomele clinice constau din : — dispnee cu tiraj ; — cianoză și accese de apnee expresie a hipoxiei ; — sudori profuze, tahicardie și hipertensiune arterială, expresie a hipercapniei ; — tulburări neurologice : agitație, apoi comă.

Anamneza poate semnala factori de risc care să tulbure evoluția sarcinii și nașterii. Existența bradicardiei, aritmiei cardiace și emisiei de meconiu în timpul nașterii este expresia hipoxiei intrauterine.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1 (După A. Windorfer)

În timpul sarcinii	În timpul naşterii	În perioada neonatală
Hemoragii	Prezentaţie anormală	Imaturitate
Disgravidie — gestoză	Gemelaritate	Malformaţie cord şi plămîni
Hidramnios	Hemoragii	
Diabet zaharat	Medicamente	Boala
Incompatibilitate de grup sanguin	Intervenţie obstetricală	Hipocalcemie şi hipoglicemie
Insuficienţa placentară	Circulară de cordon	Hiperbilirubinemie
Vîrsta înaintată a mamei		
Patologie obstetricală		

Etiologic, aparţine următoarelor grupe de cauze :

— *tulburări centrale :* lezarea centrilor respiratori prin hipoxie ; hemoragie intracraniană ; edem cerebral ; imaturitate a S.N.C. ; echivalenţe de convulsii (hipoglicemie, hipocalcemie) ; narcotice ; hiperbilirubinemie ;

— *tulburări pulmonare :* atelectazie fetală, boala membranelor hialine ; pneumotorax ; atrezie esofagiană cu fistulă eso-bronşică ;

— *tulburări circulatorii :* cardiopatii congenitale (transpoziţia marilor vase, trunchi arterial comun, stenoza istmică de aortă), anemie acută posthemoragică ori hemolitică.

Tratament : — Îndepărtarea obstacolelor din căile aeriene şi evacuarea (dacă există) a pneumotoraxului hipertensiv ; — ventilaţia artificială şi masaj cardiac. Aparat de oxigen. Transport spre un centru de terapie intensivă ; — compensarea : acidozei metabolice prin bicarbonat de sodiu soluţie 14‰ ; a deshidratării prin soluţie gluco-salină ; a deficitului energetic : glucoză ; — evitarea răcirii corporale.

1.8. LARINGITA SUBGLOTICĂ

Este de origine virală (parainfluenzae, rujeolă). Debutează progresiv, rapid, de obicei noaptea. **Tablou :** voce şi tuse răguşită, bradipnee inspiratorie cu tiraj şi cornaj de intensitate crescîndă.

Tratament : Medical : Hemisuccinat de hidrocortizon i.v. 5—10 mg/kg corp (dacă în 30 de minute nu se obţine ameliorare se poate repeta) ; asigurarea respiraţiei în atmosferă cu aer curat, eventual îmbogăţit cu oxigen. Atmosferă umedă (comprese prelaringiene cu soluţie Romazulan ; aerosoli) ; antibiotice : Ampicilină 200 mg/kg corp sau Vibramicină ; se-

Scanned with OKEN Scanner

dare cu Diazepam. În caz de eşec, internare pentru intubaţie nazo-traheală ; uneori devine necesară traheotomia.

1.9. BRONŞIOLITA ŞI BRONŞITA SPASTICĂ

Constă dintr-o inflamaţie cataralâ cu formare de exsudat mucopurulent în bronşiole. Prin împiedicarea expiraţiei se poate ajunge la emfizem obstructiv extins. Adesea se asociază focare bronhopneumonice.

Tablou — se manifestă prin : tuse accentuată, dispnee expiratorie cu geamăt şi bătăi ale aripilor nazale ; paloare plumburie, anxietate ; febră ; hipersonoritate pulmonară cu sibilante, subcrepitante fine. Radiologic apare transparenţă crescută pulmonară, turtirea hemidiafragmelor, focare bronhopneumonice şi o atelectazie segmentară. Evoluează rapid, cu insuficienţă respiratorie acută severă şi cord pulmonar (tahicardie, hepatomegalie de stază, meteorism).

Diagnosticul diferenţial cu : — laringita acută : stridor, dispnee inspiratorie ; — aspiraţie de corp străin : anamneza, sindrom de penetraţie ; — pneumotorax în tensiune : modificări percutorice şi auscultatorice unilateral ; — miocardita virală : tahicardie, ficat de stază, deficit de puls ; — spasmofilie : hiperexcitabilitate neuromusculară, Chvostek şi Trousseau pozitiv.

Tratament : — asigurarea unei atmosfere cu aer curat, eventual îmbogăţit cu oxigen ; — antibiotice : Ampicilina — 200 mg/kg corp ; — Prednison 4—6 mg/kg corp/zi, limitat pe durata prezenţei stării clinice severe ; — sedare cu Diazepam 0,5 mg/kg corp ; — digitalizat cu Lanatozid C ; — bronhodilatatoare : Alupent 0,1—0,2 mg i.m. sau 5—10 mg oral la sugar.

1.10. ACCESUL DE ASTM BRONŞIC

Afectează de obicei copiii preşcolari şi şcolari. Accesul este declanşat de un alergen sau infecţie acută. Debut brusc şi brutal cu dispnee expiratorie gravă, tuse chinuitoare, cianoză, anxietate pentru aer, hipersonoritate pulmonară, sibilante. Accesul durează ore sau zile, are caracter repetitiv. Trebuie diferenţiat de aspiraţia de corp străin, de laringita subglotică, de mucoviscidoză, de adenopatie traheobronşică.

Tratament : — Hemisuccinat de hidrocortizon i.v. 2—5 mg/kg corp ; — aer curat, umidificat, eventual îmbogăţit cu oxigen ; — sedare cu Diazepam 2—5 mg/kg corp ; — bronhodilatatoare : Alupent • sugari : p.o. 10—15 mg/kg corp ; • preşcolari : p.o. 20 mg/kg corp ; • şcolari : p.o.

Scanned with OKEN Scanner

30—40 mg/kg corp. Comprimate a 20 mg în 4 prize/24 ore ; Flacoane sol. 2% : 5—10 aspiraţii sau Teofilin 5—10 mg/kg corp/zi repartizat în trei prize şi asociat cu Fenobarbital ; — antibiotice dacă există infecţie : Ampicilina, Tetracicline ; se evită Penicilină ; — reechilibrare acido-bazică : soluţie bicarbonat de sodiu 14‰ — 1—2 mval/kg corp (17—14 ml).

1.11. CORPI STRĂINI INTRABRONŞICI

La nou-născuţi şi sugari constă, cel mai adesea, în aspirarea de alimente, cu ocazia alimentării ori în timpul vărsăturilor. Se manifestă prin acces brusc şi brutal de tuse, apnee, cianoză, paloare, iminenţă de sufocare. Evoluează spre bronhopneumonie.

La copiii mici constă în aspirarea de corpi străini de consistenţă dură (sîmbure, boabe). Sindromul de penetraţie este evident. Dezvoltă în evoluţie emfizem pulmonar lobar prin obstrucţie bronşică incompletă sau atelectazie prin obstrucţie bronşică completă.

Pentru **diagnostic,** de mare importanţă este examenul radiologic, care pune în evidenţă corpul străin sau consecinţele prezenţei sale : balansare mediastinală, inflaţie cu aer a unui lob pulmonar, segmente atelectatice.

Tratament : — evacuarea alimentului aspirat prin punerea în poziţie declivă şi percutarea regiunii dorsale. În caz de eşec, bronhoscopie cu aspiraţie ; — aport de oxigen ; — sedare ; — antibiotice.

1.12. BRONHOPNEUMOPATII

Infecţiile bronhopulmonare pot determina un tablou de gravitate care să impună terapie de urgenţă. Aceste urgenţe pot avea la bază :

— insuficienţa acută respiratorie, cauzată de o restrîngere a cîmpului de hematoză (bronhopneumonie în focare multiple, pleuropneumonie cu empiem şi deplasare mediastinală, pneumopatie buloasă, piopneumotorax) ;

— repercusiuni la distanţă a procesului infecţios : septicopioemie, coagulare diseminată intravasculară, şoc endotoxinic, colaps vascular ;

— terenul pe care evoluează : prematuri, hipotrofici, rahitici, malformaţie congenitală, diateză exsudativă.

Tablou : Debut cu febră şi tuse, urmat rapid de dispnee cu tiraj intercostal şi jugular, agitat, bătăi ale aripioarelor nazale, cianoză (mai ales perioralâ şi la extremităţi), meteorism abdominal accentuat.

Scanned with OKEN Scanner

Examenul clinic relevă, asociat, în grade diferite :

— semne bronşiolare : respiraţie şuierătoare, tiraj expirator, hipersonoritate pulmonară difuză, sibilante ;

— semne alveolare : subcrepitante în focare multiple şi izolate ;

— semne pleurale : revărsat lichidian exprimat de matitate şi/sau gazos exprimat de hipersonoritate ; diminuarea murmurului vezicular.

Radiologic apar umbre nodulare perihilare şi în restul parenchimului sau confluente în zone segmentare ori lobare.

De diferenţiat de : — pneumonia de aspiraţie ; — mucoviscidoză : pneumonie recidivantă, tulburări digestive trenante, hipotrofie ; — apendicita acută : pe lîngă simptome de focar pulmonar apar dureri abdominale şi meteorism ; — corp străin intrabronşic : poate cauza o supuraţie ; — insuficienţa cardiacă acută : hepatomegalie, tahicardie (uneori galop), cardiomegalie.

Terapie. Antibiotice: Penicilină 200 000—300 000 U/kg corp/zi în 6 prize, asociată cu Carbenicilină 300 mg/kg corp/zi sau Gentamicină 4 mg/kg corp/zi, repartizată în 3 prize. În infecţia cu micoplasma s-a dovedit eficientă Eritromicina. În cazul infecţiei cu Piocianic, bacil Coli sau Proteus se recomandă Gentamicină, Colistin, Keflin, Rifadin. Durata de tratament, în medie, 7 zile.

Corticoterapie: 2 mg/kg corp, timp de 3—5 zile.

Tonicardiace în caz de insuficienţă cardiacă : Strofantină, fiole a 0,125 mg pentru copii (sau 0,25 mg pentru adulţi) i.v. lent, diluat în 10 ml soluţie glucozată 20%, în doză de 1/16 mg, 1—3×/24 ore. Lanatozid C — fiole a 2 ml=0,4 mg în doză de 0,1—0,2 mg (ori 0,5—1,0 ml) ori soluţie pentru uz intern 0,10 g% p.o. 1—4 picături de 3× pe zi.

Sedative: Diazepam. În cazul complicaţiei cu : a) *Empiem acut pleural :* — antibiotice ca în bronhopneumonie, dar în dozaj crescut ; — puncţie pleurală evacuatoare cu instilaţie locală de Penicilină 200 000—400 000 U sau Eritromicină lactobionat 0,250 g. În caz de exudat abundent — drenaj.

b) *Piopneumotorax şi pneumotoraxul hipertensiv.* Este anunţat de instalarea rapidă a unei severe insuficienţe respiratorii cu colaps. La examenul fizic se constată reducerea excursiilor respiratorii a unui hemitorace, hipersonoritate şi diminuarea murmurului vezicular de partea bolnavă. Se asociază frecvent cu emfizem subcutanat.

Radiologic se constată de partea bolnavă hiperclaritate fără desen pulmonar, eventual asociat cu opacitate cu nivel lichidian (piopneumotorax) ori accentuată deplasare mediastinală (pneumotorax hipertensiv).

Tratament : — puncţie evacuatoare şi transport urgent într-o secţie de terapie intensivă în vederea unui drenaj cu aspiraţie ; — antibiotice.

Scanned with OKEN Scanner

1.13. EDEMUL PULMONAR ACUT

Constă în inundarea țesutului interstițial și alveolelor de o serozitate albuminică ce transudă din capilarele pulmonare. Se manifestă prin :

— dispnee cu polipnee și cianoză, tuse frecventă, expectorație spumoasă ;

— tahicardie, galop, turgescența venelor jugulare, hepatomegalie, oligurie, edem ;

— raluri crepitante fine răspîndite pe întreaga arie pulmonară ;

— radiologic : opacitate slabă pulmonară cu predominanță perihilar, uneori nodulari ; cardiomegalie.

Se diferențiază două tipuri :

a) hemodinamic : — insuficiența ventriculară stîngă din miocardita acută virală și reumatică ; cardiopatii congenitale, ca stenoza istmică de aortă, boala mitrală, hipertensiune arterială ; — încărcarea circulației pulmonare din cardiopatiile congenitale cu șunt stînga-dreapta ; hipervolemia din aport crescut de lichide (transfuzii, infuzii hidro-saline) ; insuficiența renală și anasarca din incompatibilitatea Rh.

b) lezional, toxic ori inflamator : — bronhopneumonie ; — intoxicații ; — leziuni de S.N.C.

Tratament : În caz de insuficiență ventriculară stîngă și hipervolemie :

— diuretice : Furosemid 2 ml=20 mg. Se administrează i.v. lent 1 mg/kg corp sau p.o. 5 mg/kg corp, repetat la nevoie tot la 4 ore și/sau Manitol 10% în perfuzie 0,5—1 g sol. 33—40% glucoză i.v. 5—20 ml ;

— sedative : Diazepam ;

— tonicardiace : — Strofantină fiole a 1 ml, pentru copii 0,125 mg, pentru adulți 0,25 mg. Se administrează 1/16 mg de 1—3 ori/24 ore. — Lanatozid C 2 ml=0,4 mg. Se administrează 0,5—1 ml i.v. (i.m.) sau 2—4 picături de 3 ori/zi din soluția pentru uz intern 0,10% ;

— aport de oxigen ;

— venesecție : 50—200 ml.

În caz de leziuni pulmonare se vor adăuga corticosteroizi 4 mg/kg corp, antibiotice.

Scanned with OKEN Scanner

2. REPERE DE CREȘTERE

2.1. DEZVOLTARE STATURO-PONDERALĂ

Vîrsta în săptămîni	cm	Greutate g
8	4	1
12	9	14
16	16	105
20	25	310
24	30	640
28	35	1 080
32	40	1 670
36	45	2 400
40	50	3 300

Tabele de creștere a sugarului și copilului

Vîrsta	Măsuri	Băieți	Fete
Naștere	Greutate (kg)	3,4	3,3
	Talie (cm)	51,0	50,3
	Perimetrul cranian (cm)	35,3	35
Luna I	Greutate	4,170	3,9
	Talie	53,0	52,0
	Perimetrul cranian	36,4	36,0
Luna III	Greutate	5,9	5,8
	Talie	60,9	58,5
	Perimetrul cranian	40,8	40
Luna VI	Greutate	7,7	7,3
	Talie	66,2	64,5
	Perimetrul cranian	44	42,9

Scanned with OKEN Scanner

Vîrsta	Măsuri	Băieți	Fete
Luna IX	Greutate	8,880	8,300
	Talie	71,0	71,2
	Perimetrul cranian	46,0	44,7
Luna XII	Greutate	10,0	9,2
	Talie	75,0	72,3
	Perimetrul cranian	47,1	45,9
1 3/12 ani	Greutate	10,670	9,800
	Talie	77,5	76,0
	Perimetrul cranian	48,2	46,5
1 6/12 ani	Greutate	11,3	10,5
	Talie	80,5	79,0
	Perimetrul cranian	48,8	47,5
2 ani	Greutate	12,4	11,6
	Talie	85,5	84,0
	Perimetrul cranian	49,6	48,2
2 6/12 ani	Greutate	13,290	12,7
	Talie	90,1	88,8
	Perimetrul cranian	50,1	49,0
3 ani	Greutate	14,2	13,6
	Talie	94,0	92,7
	Perimetrul cranian	50,4	49,3
3 6/12 ani	Greutate	15,5	14,6
	Talie	98,0	96,2
4 ani	Greutate	16,2	15,4
	Talie	101,5	100,0
	Perimetrul cranian	51,0	50,0
4 6/12 ani	Greutate	16,8	16,4
	Talie	104,3	103,4
5 ani	Greutate	17,7	17,4
	Talie	108,0	106,5
	Perimetrul cranian	51,3	50,3
5 6/12 ani	Greutate	18,7	18,2
	Talie	111,0	109,5

Scanned with OKEN Scanner

Vîrsta	Măsuri	Băieți	Fete
6 ani	Greutate	19,7	19,0
	Talie	114,0	112,5
	Perimetrul cranian	51,9	50,8
$6\frac{6}{12}$ ani	Greutate	20,9	20,0
	Talie	116,0	114,0
7 ani	Greutate	22,2	21,0
	Talie	120,0	118,4
8 ani	Greutate	24,2	23,5
	Talie	125,0	124,0
	Perimetrul craniului	52,7	51,8
9 ani	Greutate	26,8	26,5
	Talie	130,0	128,5
10 ani	Greutate	29,5	29,2
	Talie	134,5	134,0
	Perimetrul craniului	53,1	53,0
11 ani	Greutate	32,2	33,0
	Talie	139,0	140,0
12 ani	Greutate	35,5	37,5
	Talie	143,5	146,0
	Perimetrul craniului	53,8	53,4
13 ani	Greutate	40,0	43,0
	Talie	149,5	152,0
14 ani	Greutate	44,5	46,2
	Talie	155,5	155,0
	Perimetrul craniului	54,9	54,4

2.2. DEZVOLTARE MOTORIE

— Luna I : atitudine rigidă, pumni închiși ; reflexe arhaice.

— Luna a II-a : ține capul în poziție mediană.

— Luna a VI-a : ține capul ; șade fără sprijin ; trunchiul stă drept ; se poate întoarce ; apucă cu toată mîna.

— Luna a IX-a : se ține așezat fără susținere peste 10 minute ; se apleacă să se ridice ; se ține în picioare sprijinit ; schițează mers, așezat pivotează, se deplasează în patru labe.

Scanned with OKEN Scanner

— Luna a XII-a : se ține în picioare sprijinit, merge în lungul unei bare ținut de mînă.

— Luna a XV-a : se ține în picioare fără sprijin, merge singur fără ajutor.

— Luna a XVIII-a : urcă o treaptă de la scară, poate alerga, împinge balonul cu piciorul, aruncă o minge.

2.3. DEZVOLTARE PSIHICĂ

— Luna a III-a : privește intenționat un obiect sau o persoană, întoarce capul pentru a urmări un obiect ce se deplasează lent pe întreg orizontul ; surîde și gîngurește intenționat, se bucură la vederea biberonului.

— Luna a VI-a : atenție la sunet cu orientare spre sursa zgomotului ; surîs în oglindă ; diferențiază străinii de cei apropiați ; surîde și vocalizează la imaginea sa ; articulează distinct cîteva silabe.

— Luna a IX-a : apropie obiectele pe care le ține în fiecare mînă ; se joacă simultan cu două obiecte ; răspunde la apelul numelui său ; spune „papa".

— Luna a XII-a—a XIII-a : lasă voluntar obiectele din mînă ; repetă acte care i-au provocat rîsul.

— Luna a XV-a : controlează sfincterele ; face un turn cu două cuburi ; denumește unele obiecte ; pronunță patru cuvinte ; se servește de lingură.

— 2 ani : controlează sfincterele ; zice „eu" și mănîncă singur ; denumește pe nume unele obiecte ; leagă mai multe cuvinte ; imită gesturile anturajului ; își pune o îmbrăcăminte singur ; unește mai multe cuburi pentru a forma un tren.

— 3 ani : copiază un cerc ; zice „tu", „el", „noi", cere să i se spună povești, descrie după carte ce fac persoanele sau animalele ; repetă 6 silabe ; pune întrebări, cîntă un cîntec copilăresc.

— 4 ani : copiază un careu, îndoaie hîrtia în diagonală ; descrie imaginea ; repetă 3 cifre.

— 5 ani : copiază un triunghi ; face o scară cu 10 cuburi după model.

Scanned with OKEN Scanner

3. CONSTANTE BIOLOGICE

3.1. BIOCHIMIA SÎNGELUI

Amoniu	Nou-născut	— 90—150 μg/100 ml
	Sugar	— 45— 80 μg/100 ml
Amilaze		— 6— 33 U/100 ml
Azot neproteic		— 25— 40 mg%
Bicarbonat		— 22— 24 mEq/l
Bilirubina	Prima săpt.	— 3— 6 mg %
	Sugar	— 0,5 mg %
Bromsulfonftaleină (B.S.P.)	Nou-născut	— peste 20% retenție
	La copil	—
Calciu		— 8,8—10,4 mg %
Carbon bioxid	Nou-născut	— 19,7—27,5 mEq/l
	Copil	— 24,6—30,1 mEq/l
Cloruri		— 20— 50 mg %
Colesterol	Nou-născut	— 80—165 mg %
	Copil	— 165—245 mg %
Colinesteraza		— 0,56—1,32 *p*H unitate/h/100 ml
Corpi cetonici		— 1,5 mg %
Cupru	Nou-născut	— 15—50 μg %
	Sugar mic	— sub 0,150 μg %
Creatinină	Nou-născut	— 0,6—1,5 mg %
	Sugar	— 0,8—1,4 mg %
	Copil	— 0,7—1,7 mg %
Fibrinogen		— 200—390 mg %
Glucoza	Nou-născut	— 40—80 mg %
	Copil	— 75—95 mg %
Hidroxicorticoizi	Copil	— 10—15 μg %
	Nou-născut	—
Fenilalanina		— 0,7—1,3 mg %

Scanned with OKEN Scanner

Fier (S.F.)	— 100—120 μg %
Capacitate totală de legare a Fe (C.T.L.Fe)	— 340—414 μg %
Fosfatază acidă	— 0,5—5 U King-Armstrong
Fosfataza alcalină	— 10—20 U King-Armstrong
Fosfor anorganic	— 3,6—5,9 mg %
Lactic acid	— 1,06—1,78 mg/l
Lactic-dehidrogenaza	— 200—680 U/ml
Lipide totale	— 411—781 mg %
Fosfolipide	— 125—225 mg %
Magneziu	— 1,6—2,6 mEq/l
Potasiu	— 4,1—5,9 mEq/l
pCO_2 (arterial)	— 32—46 mm Hg
pO_2 (arterial)	— 85—100 mm Hg
Proteine	— 5,64—6,95 g %
	15—18 mEq/l
Sodiu	— 135—148 mEq/l
Transaminaze	
SGOT	— 2—20 U/L
SGPT	— 2—16,5 U/L
Uree	— 11—18 mg %
Uric-acid	— 2,0—5,7 mg %.

3.2. LICHIDUL CEFALO-RAHIDIAN

Celule	— 3—10
Proteine	— 30 mg %
Glucoză	— 50—70 mg %.

3.3. URINA

Celule (sediment Addis)	
eritrocite :	250 000/12 h
leucocite :	1 000 000/12 h
Proteine	— 20 mg/12 h
Calciu	— 1 000—5 000 μg/kg/24 h
Creatinina	— 12—25 mg/kg/24 h
Glucoza	— 1,4 mg/kg/24 h
Acid uric	— 5—12 mg/kg/24 h.

Scanned with OKEN Scanner

OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

1. HIPEREMEZA GRAVIDICĂ
(VĂRSĂTURILE GRAVE DE SARCINĂ)

Hiperemeza gravidică reprezintă o exagerare a vărsăturilor ușoare din timpul sarcinii. *Pentru fixarea diagnosticului* este necesar să stabilim prezența sarcinii (trim. I). Constatăm intoleranță totală la orice fel de alimentație. Consecutiv apare deshidratare, acidoză, scădere marcată în greutate. Se poate ajunge pînă la atrofie galbenă a ficatului.

Hiperemeza gravidică evoluează în mai multe perioade clinice :

— *Perioada I reflexă, pură* (după Aburel), de slăbire (după Dubois). Gravida varsă continu, nu tolerează nici un fel de alimente, scade în greutate. Diureza se menține normală.

— *Perioada a II-a a tulburărilor metabolice reversibile* (după Aburel), de accelerare a pulsului (după Dubois). Vărsăturile frecvente, starea de inaniție și deshidratare determină tulburări metabolice intense și accelerarea pulsului. Respirația fetidă (acidoză). Deshidratarea progresivă, cu scădere marcată în greutate, apariția oliguriei. Starea generală alterată, cu astenie, insomnie, pulsul atingînd 100—120 bătăi/minut. Apare colorație subicterică sau icterică. Crește amoniacul urinar, *apar corpii cetonici în urină*, constipație accentuată.

— *Perioada a III-a a tulburărilor metabolice ireversibile* (după Aburel), a tulburărilor nervoase (după Dubois). Semne caracteristice : oliguria sau chiar anuria, icter, polinevrită cu impotență funcțională și dureri fulgurante, abolirea reflexelor cu instalarea de psihoze. Alimentele pot fi ingerate, nu-s digerate, iar în locul constipației apare diareea, care contribuie la deshidratarea masivă a femeii ; gravida ajunsă în această fază nu mai poate fi salvată nici prin întreruperea sarcinii.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul diferențial. Vom avea în vedere sindroamele emetizante, care pot coincide cu sarcina : apendicita, colecistita, gastroenterita, tumorile cerebrale, meningita, pielita etc.

Prognostic : defavorabil, dacă nu se intervine susținut în primele două faze.

Conduita. Internarea în maternitate, în cameră izolată, este obligatorie. Se administrează calmante ale sistemului nervos : luminal sodic 0,10 g/zi ; amestec litic injectat i.m. sau sub formă de perfuzie, după cum urmează : o fiolă Clordelazin+o fiolă Fenergan în 500 ml ser glucozat. Se mai utilizează Bromura de Na sol. 10% — 10 ml i.v. și Cafeină 0,25 g i.m., sau Novocainã (soluție) 1% — 10—20 ml i.v.

Un rol deosebit în terapeutică îl au blocajele novocainice lombo-aortice sau peridurale. Reechilibrarea hidroelectrolitică se face cu ajutorul soluțiilor fiziologice clorurate și a soluțiilor glucozate izotonice. De asemenea, în același scop se folosesc soluții hipertonice glucozate sau plasmă. Se adaugă vitaminizare complexă : B_1, B_2, B_6, C și corticoterapie 100—150 mg/zi.

2. APENDICITA ÎN GRAVIDO-PUERPERALITATE

Apare cu aceeași frecvență ca și în afară de sarcină. Este avantajată, de aceasta, prin staza intestinală și flora microbiană crescută. Deseori este însoțită de declanșarea avortului sau nașteri premature (forma acută, mai ales cînd s-a instalat peritonita). Riscul matern și fetal este crescut, deoarece sarcina ridică deseori dificultăți în fixarea diagnosticului.

Diagnosticul. Apare clasica durere periombilicală. Poziția apendicelui se schimbă odată cu dezvoltarea uterului, de aceea deseori durerea apare mult mai sus față de punctul Mc Burney. Gravida prezintă anorexie, grețuri, vărsături (posibilități de confuzie cu disgravidia de prim trimestru). Sensibilitate — uneori cu apărare musculară — în aria apendiculară. Leucocitoza mult crescută, cu tendință de deplasare spre stînga. Deseori, în urină, semne de pielonefrită.

Conduita. Intervenție chirurgicală de urgență — de preferat o laparotomie exploratorie, pentru preîntîmpinarea unei întîrzieri a operației în caz de perforație și peritonită. Vom recomanda anestezie locală sau I.O.T. Preferăm utilizarea halotanului, care relaxează uterul și previne avortul sau nașterea prematură. Postoperator : reanimare, antibioterapie și Progesteron doze de 100—150 mg zilnic.

Scanned with OKEN Scanner

3. ALTE BOLI COMUNE CARE POT PREZENTA STĂRI DE URGENȚĂ ÎN SARCINĂ

3.1. PIELONEFRITA

Este una din cele mai obișnuite complicații medicale ale sarcinii și ale lehuziei. Apare cel mai deseori unilateral, în special la dreapta. Transformările morfologice ale sarcinii — dilatarea bazinetală și ureterală, consecutive excesului de progesteron — avantajează staza și predispun la infecție.

Diagnostic. Debutul este brusc, cu frison, febră, durere în lombe (unilaterală, mai rar bilaterală), disurie, uneori hematurie, sensibilitate în unghiul costo-vertebral. Se adaugă anorexie, grețuri, vărsături. La examenul de laborator, leucociturie marcată, cilindri, bacteriurie, deseori proteinurie.

Conduita. Spitalizare obligatorie. Hidratare (în special prin administrare parenterală datorită grețurilor și vărsăturilor), urmărirea diurezei și terapie cu antibiotice (Ampicilina).

3.2. COLICA RENALĂ

Localizarea durerii în spate sau flancuri. În antecedente, au mai existat colici. Se constată hematurie, calculi vizibili la examenul radiologic. Cînd nu cedează la tratament antispastic, se impune tratamentul chirurgical, pentru extirparea calculului.

3.3. COLECISTITA

Durerea este localizată în hipocondrul drept. La palpare, vezicula dilatată, sensibilă. Laboratorul arată hiperbilirubinemie, radiologic prezența de calculi.

Conduita. Dacă nu cedează la regim și medicație adecvată, tratament chirurgical.

Scanned with OKEN Scanner

3.4. PANCREATITA

Apare cu totul excepţional în sarcină. Se controlează atunci cînd bănuim amilaza şi lipaza din ser, care apar crescute în mod evident.

3.5. TORSIUNEA DE ORGAN ÎN CURSUL SARCINII

Dintre chistele ovariene care se pot întîlni în sarcină, cel mai frecvent este chistul dermoid. Odată depistat, el trebuie extirpat, deoarece sarcina avantajează torsiunea şi ruptura.

Torsiunea este cea mai frecventă complicaţie a chistului ovarian în cursul sarcinii. De obicei apare la sfîrşitul primului trimestru de sarcină (dar se poate întîlni oricînd). Diagnosticul se stabileşte după următoarele simptome :

Durerea este de obicei unilaterală, intermitentă colicativă. Cînd chistul este situat în Douglas, apar dureri în regiunea lombo-sacrată şi membrele inferioare.

La palparea abdomenului se percepe o sensibilitate accentuată, de obicei, în una din fosele iliace, însoţită de multe ori de apărare musculară.

La examenul vaginal digital combinat cu palpare se constată o formaţiune dureroasă parauterină, sensibilă, mai ales, la tentativele de mobilizare. Uneori pot apărea semne de infecţie — peritonita —, cînd tumora se gangrenează sau cînd s-a produs ruptura ei. Leucocitoza este greu de interpretat, datorită prezenţei sale. Examenul radiologic arată, în caz de chist dermoid, calcificări (oase, dinţi).

Conduita. Internare cu intervenţie de urgenţă, anestezie I.O.T., punerea ligaturii pe pedicul şi extirparea tumorii înaintea detorsionării acesteia. Drenaj, în caz de infecţie.

4. AVORTUL

4.1. AMENINŢAREA DE AVORT

Sîngerare prin vagin şi dureri colicative apărute după o amenoree de cîteva săptămîni. Punerea în evidenţă a sîngerării din col, fără existenţa altei leziuni a tractusului genital. Colul cu orificiul închis sau cu

Scanned with OKEN Scanner

orificiul extern uşor întredeschis. Uterul mărit, cît o mandarină sau portocală (luna I, a II-a), corespunzînd cu vîrsta sarcinii, apare renitent, mobil, nedureros la mobilizare, contractil. Nu se constată formaţiuni parauterine la examenul vaginal, completat cu palpare.

4.2. AVORTUL ÎN CURS ŞI INCOMPLET

În acest caz oul este compromis. Colul deschis larg, metroragie abundentă (variabilă în funcţie de vîrsta sarcinii), membrane rupte. La examenul cu valvele se constată modificările cervicale amintite, apariţia de lichid amniotic, resturi placentare, embrionare sau fetale în canalul cervical sau vaginal. Cazul se internează de urgenţă în staţionar. Uneori metroragia poate fi abundentă, cu producerea unei stări de şoc, care să impună reanimare. Se controlează, instrumental, cavitatea uterină.

4.3. AVORTUL SEPTIC

Orice formă clinică de avort se poate complica cu o infecţie : temperatura peste 38°, frisoane, scurgere purulentă din uter — este vorba de un avort septic. De cele mai multe ori este provocat (delictual).

Se impune : — executarea urgentă a unei hemograme ; — cultura din scurgerile (resturile) uterine, testare la antibiotice ; — urmărirea diurezei şi analiza completă de urină ; — examinarea radiologică a abdomenului, care poate pune în evidenţă, uneori, corpuri străine introduse sau prezenţa de aer, în caz de perforaţie a uterului.

Conduita. Administrarea de antibiotice cu spectru larg, reanimare urmată de control uterin. Deseori este necesară laparotomia cînd uterul este compromis sau prezintă soluţii de continuitate, sau cînd s-au adăugat infecţii anexiale sau peritoneale.

5. SARCINA ECTOPICĂ

Dezvoltarea oului în afara endometrului constituie sarcina ectopică ; de cele mai multe ori este localizată în trompă. Simptomatologia locală şi generală coincide, înaintea apariţiei complicaţiilor (faza de camuflaj — după Aburel), cu sarcina uterină. Caracteristic este doar

Scanned with OKEN Scanner

evoluția cu dureri și uneori apariția metroragiei redusă (distilantă), cu sînge de culoare închisă. Simptomatologia devine zgomotoasă atunci cînd s-a produs o complicație (ruptura) sau cînd eliminîndu-se în cavitatea peritoneală o cantitate de sînge din trompă (avort tubo-abdominal) se declanșează o stare de lipotimie, de multe ori pasageră cînd cantitatea de sînge este redusă. Dacă hemoperitoneul nu este accentuat se produce un hematocel (cantitatea de sînge sub 500 ml) sau inundație peritoneală, cînd cantitatea citată este depășită.

În antecedente se constată menstruații neregulate, amenoree uneori de numai cîteva zile (fără a fi obligatorie), infecții ginecologice, intervenții chirurgicale în sfera genitală, sterilitate.

Durerea poate apărea insidios sau brusc atunci cînd este însoțită de lipotimie, localizată în pelvis sau generalizată. În hemoperitoneu apare durerea reflectată în umăr, de partea unde s-a produs ruptura. Sînt de reținut, de asemenea, durerile sub formă de tenesme în momentul defecării sau diaree explicate de iritația produsă de exudatul sanguin pelvin.

În caz de inundație peritoneală, stare sincopală prelungită, vertij, tahicardie, hipotensiune. Toată această simptomatologie se accentuează la încercarea de mobilizare a bolnavei.

La palpare, sensibilitate în hipogastru, în fosele iliace sau difuză la întreg abdomenul. La examenul vaginal digital, sensibilitatea fundului de sac posterior sau o masă anexială greu delimitabilă, sau în inundație sensibilitatea tuturor fundurilor de sac. Uterul, greu delimitabil din cauza hemiperitoneului, apare mărit (creșterea în volum, atingînd dimensiunile unei portocale, se face sub imbold endocrin).

La examenul cu valvele : metroragia, de obicei redusă, cu sînge de culoare închisă. Se pot găsi uneori fragmente de caducă. Acestea puse într-un vas cu apă cad spre fund, spre deosebire de vilozitățile coriale care plutesc. Laboratorul de morfopatologie poate confirma caduca sau vilozitățile.

Reacțiile biologice de sarcină (ca și cele imunologice) pot apărea pozitive atunci cînd vilozitățile activează (oul nu este lizat). De o reală valoare în fixarea diagnosticului de sarcină ectopică, înaintea producerii complicațiilor, s-a dovedit examenul radiologic — respectiv histerosalpingografia —, care arată o imagine caracteristică a trompei în care e situată sarcina și alungirea cavității uterine.

Puncția în Douglas : examinare paraclinică, de real folos, arată prezența de sînge cu microcheaguri. În serviciile de specialitate dotate se poate utiliza celioscopia, pentru depistarea formelor în perioada de camuflaj.

Scanned with OKEN Scanner

Conduita. Internare în spital. Operație de urgență, de preferat în anestezie I.O.T. Intervenția se va face sub transfuzii de sînge, administrare de soluții macromoleculare.

6. MOLA VEZICULARĂ (MOLA HIDATIFORMĂ)

Mola veziculară (hidatiformă) reprezintă o degenerare hidropică a vilozităților coriale, caracterizată microscopic prin fenomene de hiperplazie și distrofie a trofoblastului cu dispariția vascularizației vilozitare.

După cum degenerescența cuprinde în totalitate sau în parte organul placentar, mola poate fi totală sau parțială, embrionată sau nu, goală sau plină (are sau nu cavitate amniotică și embrion), benignă (cînd după evacuare nu se mai reface) sau malignă, cînd după evacuare rămîn celule intramiometriale care degenerează în chorioepiteliom.

Etiologia nu este precizată. Se incriminează infecțiile generale și locale (endometrita), precum și alimentația lipsită de proteine animale. Placenta se prezintă ca un ciorchine de strugure, cu vezicule sferice sau ovoidale, cu aspect translucid, opalescent. La examenul microscopic se constată o proliferare intensă a stratului Langhans și sincițiului, precum și absența vascularizației.

Simptomatologie — diagnostic. La interogator, gravida acuză grețuri și vărsături accentuate, apărute imediat după instalarea amenoreei. Prezintă pierdere de sînge prin vagin, continui sau intermitente, însoțite sau nu de colici uterine. În sîngele eliminat la exterior se pot observa vezicule caracteristice.

La palpare, uterul apare moale și se constată discrepanță între mărimea uterului și vîrsta sarcinii : amenoree de două luni și uterul corespunde, ca mărime, unei sarcini de 4 luni (aici intră în discuție sarcina gemelară, polihidramniosul, sarcina cu fibrom). Nu se simt mișcări fetale, nu se percepe balotarea. La auscultație nu se găsesc zgomote ale cordului fetal, deși uterul are mărimea unei sarcini avansate.

La examenul vaginal digital, asociat cu palparea se constată prezența de chiste ovariene (chiste luteinice) uni sau bilaterale. De o importanță deosebită (și obligatorie !) sînt examenele de laborator :

— serotitrajul gonadotrofinelor choriale sau dozarea acestora în urină ;

Scanned with OKEN Scanner

— examenul morfologic microscopic al elementelor eliminate din uter arată structura caracteristică a veziculelor molare.

Prognosticul matern : rezervat, avînd în vedere pericolul de transformare în chorioepiteliom (2—10%).

Prognosticul ovular : foarte rezervat, deseori embrionul lipseşte, sarcina se întrerupe în primele luni.

Conduita. Profilactic se vor trata atent infecţiile generale şi locale. Se va asigura gravidei o alimentaţie complexă.

Curativ. Trebuie reţinut că de cele mai multe ori întreruperea sarcinii se face spontan, cam în a 16—18-a săptămînă : avortul molar. Acesta are trei caracteristici : — este însoţit de o metroragie abundentă ; — este fragmentat şi incomplet ; — survine pe un uter moale şi fragil.

Din cele de mai sus rezultă necesitatea absolută a unei supravegheri atente obstetricale, a instituirii unei reanimări corespunzătoare antioperator şi a efectuării unui control instrumental atent al cavităţii uterine.

În situaţiile cînd volumul uterului este mare şi colul nedilatabil, se recomandă evacuarea după laparotomie şi histerotomie, iar la persoanele trecute de 40 de ani unii indică histerectomia pentru a preîntîmpina apariţia chorioepiteliomului — complicaţia cea mai de temut a molei. În acelaşi scop se recomandă un tratament profilactic cu methotrexat. După evacuarea molei se recomandă urmărirea timp de 2 ani a femeii prin examene clinice şi de laborator.

Clinic, o evoluţie este bună atunci cînd se constată : — involuţia uterină, — dispariţia tumorilor ovariene, — dispariţia metroragiei.

Examenele de laborator : în primele trei luni după evacuare, gonadotrofinele trebuie să ajungă la valorile dinafara sarcinei. Acestea se repetă la două luni, odată cu examinările clinice.

7. NAŞTEREA PREMATURĂ

Naşterea prematură este naşterea care are loc înainte de termen. Se pot întîlni două situaţii :

— *naştere prematură iminentă :* se fixează diagnosticul de sarcină şi vîrstă a acesteia, se constată contracţii uterine ritmice de intensitate scăzută, însoţite de dureri uşoare, colul fără modificări de travaliu ;

— *naştere prematură în evoluţie :* contracţii uterine ritmice susţinute, dureri accentuate, colul scurtat şi şters cu început de dilatare

Conduita. Cazul se internează în maternitate.

Travaliul va fi lăsat să se desfășoare în următoarele situații : — membrane rupte ; — metroragie ; — uter cu cicatrici (după cezariană, miomectomie) ; — apariția de semne de infecție (chorioamniotita) ; — fătul ajuns la maturitate (> de 36 săptămîni).

În nașterea prematură iminentă se încearcă oprirea desfășurării travaliului prin : — repaus la pat ; — administrarea de Progesteron : la 8 ore — 25 mg i.m. ; de asemenea Proluton depot — 500 mg ; — Papaverină, Atropină, Lizadon sub formă de comprimate sau supozitor ; — medicamente de tipul Duvadilanului (Isoxsuprina).

În nașterea prematură în evoluție se asistă după regulile obișnuite, acordîndu-se o deosebită atenție stării fătului și pregătirii corespunzătoare a canalului de naștere, pentru a se preîntîmpina orice traumatism. Pe membrane rupte se recomandă antibioterapia.

8. PLACENTA PRAEVIA

Placenta praevia (P.P.) este placenta inserată în totalitate sau în parte pe segmentul inferior ; este o inserție anormală, în calea fătului, de unde și denumirea sa. După modul de implantare pe segment și în raport cu orificiul intern al colului uterin, se descriu mai multe varietăți anatomo-clinice :

— *P.P. laterală :* marginea placentei este la o oarecare distanță de orificiul intern al colului (cca 5 cm) ;

— *P.P. marginală :* marginea placentei atinge orificiul intern al colului uterin ;

— *P.P. centrală* (parțială sau totală), după cum discul placentar acoperă parțial sau în totalitate orificiul intern al colului uterin.

Cauzele care duc la o inserție anormală sînt : endometritele, hipo sau hiperplazia endometrială, cicatricele sau tumorile uterine.

Diagnosticul : hemoragia uterină, fără dureri, cu sînge proaspăt, survenită la o gravidă în ultimele 12 săptămîni ale sarcinii, constituie simptomul predominant. Hemoragia apare fără modificări ale tonusului uterin. Palparea uterului trebuie făcută cu multă blîndețe. Se constată deseori fie o prezentație anormală (pelviană, transversală), fie o prezentație cefalică sus situată, fără tendință de angajare (aria de angajare este ocupată de placentă !).

Examenul vaginal digital se face numai într-o unitate spitalicească, în condiții perfecte de asepsie și antisepsie și cu asigurarea unor posi-

Scanned with OKEN Scanner

bilităţi de reanimare şi intervenţie imediată. *Orice examen vaginal intempestiv duce la decolarea placentei cu creşterea hemoragiei şi deci a riscului materno-fetal.* Atunci cînd este executat, trebuie făcut cu multă precauţie, cu blîndeţe, fără a insista, mai ales dacă se încearcă insinuarea degetului prin canalul cervical. Între degetele din vagin şi prezentaţie se percepe o formaţiune moale, păstoasă — placenta.

Auscultaţia permite controlul stării fătului, care variază în funcţie de gradul hemoragiei, respectiv hipoxiei. Examenul cu valvele : permite aprecierea gradului metroragiei.

Examene complementare ; cum ar fi metoda termografică, ultrasonoscopică, investigaţiile radiologice sau utilizarea izotopilor, se fac numai în centrele dotate. Ele nu constituie o necesitate, datele clinice fiind în marea majoritate a cazurilor suficiente pentru fixarea diagnosticului.

Diagnostic diferenţial : se face cu decolarea prematură a placentei normal inserate. În acest caz, uterul este tetanizat, metroragia cu cheaguri şi semne de disgravidie de cele mai multe ori. Cervicita, polipul cervical, epiteliom al colului uterin, ruperea unor vene varicoase, se observă cu uşurinţă la examenul cu valvele.

Prognosticul. Internarea din timp în maternitate (de la apariţia primei hemoragii), mijloacele de reanimare modernă şi tehnica operatorie au îmbunătăţit mult prognosticul, atît matern cît şi fetal.

Conduita. Orice gravidă care prezintă o hemoragie genitală, în ultimele două săptămîni ale sarcinii, trebuie internată în maternitate pentru precizarea diagnosticului. Dacă se fixează diagnosticul de P.P., ea poate fi spitalizată 1, 2 sau chiar 3 luni în condiţii de expectativă armată, în care să se poată interveni oricînd va fi necesar, sub o susţinută reanimare. Trebuie reţinut faptul că, prima hemoragie din P.P. nu este niciodată mortală.

Pentru precizarea atitudinii se vor aprecia :

— gradul de metroragie prin observarea cantităţii de sînge pierdut, prin controlul pulsului, tensiunii arteriale şi hemogramei. Pulsul peste 100/minut, T.A. cu o maximă sub 10 şi o hemogramă cu hemoglobina sub 50%, indică o situaţie precară, în care trebuie instituită o reanimare urgentă cu sînge izogrup Rh negativ, oxigenare etc. ;

— vîrsta sarcinii şi potenţialul biologic fetal ;

— prezentaţia şi poziţia fătului ;

— vîrsta şi paritatea maternă ;

— starea colului cu precizarea dacă travaliul este sau nu început.

Gravidei, ţinută în repaus la pat, i se va administra o medicaţie care să pună în repaus fibra musculară uterină : Progesteron sau proges-

Scanned with OKEN Scanner

:ative de sinteză (de preferat preparate depot 250 mg×3 pe săptămînă i.m.). Se recomandă, de asemenea, antispastice, antianemice și coagulante.

Scopul tratamentului conservator este diminuarea riscului de mortalitate fetală prin prematuritate. Este de dorit ca fătul, atunci cînd condițiile o permit, să fie extras după a 36-a săptămînă de sarcină.

Nașterea pe cai naturale poate avea loc la gravidele cu P.P. laterală sau marginală. În cazurile de P.P. centrală sau cînd la factorul de distocie placentară se adaugă unul de distocie fetală (prezentație pelvină, transversă, oblică etc.), intervenția cezariană se impune chiar cînd fătul este mort.

Operația cezariană se va face sub o reanimare susținută, cu transfuzie sanguină și oxigenare continuă, utilizîndu-se anestezia locală sau I.O.T.

Se mai utilizează diverse manevre obstetricale, care au drept scop comprimarea placentei și oprirea hemoragiei (balonul Voarhees sau Aburel, versiunea mixtă Braxton-Hicks, pensa Willet). Se recomandă ca acestea să fie utilizate numai în cazuri de feți morți, malformați sau neviabili, deoarece modificările circulației placentare produse prin compresiune expun în mod grav fătul și nu dau rezultate atunci cînd se urmărește obținerea unui produs de concepție de calitate.

9. DECOLAREA PREMATURĂ A PLACENTEI NORMAL INSERATE

Decolarea prematură a placentei normal inserate (D.P.P.N.I.) este un sindrom caracterizat printr-o deslipire prematură (în ultimele 12 săptămîni ale sarcinii) a placentei normal inserate, constituirea unui hematom retroplacentar și, uneori, apariția unui infiltrat hemoragic în uter și în alte organe pelviene sau abdominale.

Etiopatogenia

Factori predispozanți : — supradestinderea uterină ; — disgraviditile hipertensive ; — afecțiunile renale ; — boala hipertonică ; — cordonul scurt ; — staza vasculară ; — alimentația incompletă — respectiv carența de vitamine ; — vîrsta avansată ; — multiparitatea.

În patogeneza sindromului se mai incriminează :

— o modificare bruscă a echilibrului vascular, asemănătoare vasodilatației secundare ce apare în șoc ;

— o creştere rapidă a tensiunii arteriale ;

— o vasodilataţie pasivă la nivelul uterului şi a placentei, asemănătoare aşa-numitului „sindrom hipotensiv de supinaţie", în care vena cavă este comprimată de uterul gravid ;

— unei insuficienţe circulatorii placentare, aşa cum se constată în disgravidiile forme serioase şi grave (preeclamptice, eclampsie), afecţiuni renale cronice sau în diabet ;

— unei descreşteri rapide a volumului uterin, ca în naşterile precipitate ale primului geamăn sau după un drenaj a unui polihidramnios ;

— în fine, cu totul excepţional, unui traumatism abdominal fie datorat unei lovituri directe asupra uterului, fie transmis indirect acestui organ.

În evoluţia sindromului pot apărea :

— tulburări vasomotorii, cu instalarea unei hemoragii uteroplacentare mai mult sau mai puţin întinse ;

— resorbţia de trombokinază de la nivelul zonei choriodeciduale, cu stare de şoc accentuată prin depunere de fibrină în vasele mici ;

— incoagulabilitate sanguină prin hipoafibrinogenemie, cu agravarea hemoragiei la nivelul uterului şi apariţia de hemoragii la distanţă ;

— stare de şoc hemoragic ;

— leziuni hipofizare, hepatice şi renale grave consecutive anemiei acute.

Clasificarea formelor clinice de D.P.P.N.I.

Gradul 0 = absenţa oricăror simptome clinice.

Gradul I = hemoragie vaginală minimă sau absentă ; miometrul excitabil, absenţa semnelor de şoc la mamă ; fătul viu, formarea de cheaguri consistente, fără aspect de hemoliză.

Gradul II = sîngerare vaginală minimă, moderată, uneori chiar absentă ; tetanie uterină moderată ; absenţa stării de şoc la mamă ; puls matern uneori accelerat ; BCF prezente sau nu ; sîngerare cu formare de cheag mai mult sau mai puţin solid, cu aspect de liză parţială după o oră.

Gradul III = sîngerare vaginală moderată sau abundentă, uneori chiar absentă ; contracţii uterine cu miometrul tetanizat, dureros la palpare ; stare de şoc gravă la mamă ; moarte fetală în uter ; lipsa de coagulare a sîngelui sau liză totală după 30 de minute.

Diagnosticul D.P.P.N.I.

— sarcină în ultimele 12 săptămîni de evoluţie ;

— durere bruscă la nivelul uterului, a cărui tonus este crescut ;

— hemoragie uterină, sub formă de cheaguri, cantitativ redusă ;

Scanned with OKEN Scanner

— semne de alterare a stării generale : paliditate, extremităţi reci, prăbuşirea T.A., accelerarea pulsului cu instalarea stării de şoc, în funcţie de zona placentară decolată şi de gradul de hemoragie (intrauterină mai ales).

La palpare : uterul contractat („uterul de lemn"), foarte sensibil, sub tensiune, uneori mărit brusc în volum. Palparea fătului este, de cele mai multe ori, dificilă, chiar imposibilă, datorită modificării de tonus uterin. Mişcările fetale, prezente pînă în momentul producerii accidentului, dispar de cele mai multe ori ulterior.

Auscultaţie : de obicei absenţa zgomotelor cordului fetal.

La examenul vaginal digital nu se percepe placenta şi încercarea de mobilizare a prezentaţiei face, de multe ori, să apară o cantitate de sînge vechi, sub formă de cheaguri, din uter. La examinările repetate prin palpare se constată o creştere a tensiunii uterine, cu mărirea diametrelor, mai ales atunci cînd se produce hemoragie uterină internă, sîngele acumulîndu-se între placentă şi uter şi favorizînd destinderea acestuia.

Examenele de laborator arată un grad de anemie, cu toată hemoconcentraţia existentă. De remarcat : anemia este mai pronunţată în cazurile de hemoragie uterină decît în cele cu hemoragie externă. Testul de fragilitate capilară este pozitiv şi timpul de coagulare crescut. Valorile fibrinogenului plasmatic sînt scăzute.

Diagnosticul diferenţial se face cu alte hemoragii de origine genitală ce pot apărea în sarcină : — placenta praevia : sîngele este proaspăt, hemoragia apare fără dureri ; — cancerul de col şi vagin ; — rupturi de varice sau traumatisme vaginale şi vulvare ; — polipi cervicali sîngerînzi.

Prognosticul : este rezervat, pentru mamă la care pot apărea tulburări de coagulare, ischemie sau necroză corticală renală cu I.R.A., stare de şoc. Mortalitate fetală crescută, după gradul decolării, prin hipoxia consecutivă.

Conduita profilactică : urmărirea atentă a gravidelor în cadrul consultaţiilor prenatale. Tratarea imediată a tuturor disgravidiilor. Atenţie deosebită la gravidele cu risc crescut prin boli comune, cum ar fi : H.T.A., afecţiunile renale, diabetul etc. Asigurarea unui regim igieno-dietetic corespunzător fiecărei gravide.

Conduita curativă : internarea în maternitate este obligatorie. Administrarea de Mialgin sau Clordelazin. Cazul va fi rezolvat în funcţie de forma clinică : naşterea pe căi naturale cu supraveghere continuă sau cezariană în formele apoplectice cu distrucţia miometrului.

Scanned with OKEN Scanner

10. ECLAMPSIA

Eclampsia reprezintă forma cea mai gravă a disgravidiei tardive, caracterizată prin instalarea accesului convulsiv (eclamptic). Apare în ultimul trimestru de sarcină, în cursul travaliului sau, rareori, în lehuzia imediată. *De foarte multe ori eclampsia reprezintă o neglijență medicală, fiind consecința unei urmăriri necorespunzătoare a gravidei în cadrul consultațiilor prenatale.*

Eclampsia se constată mai frecvent la primipare, și între circumstanțele favorizante se citează frigul, regimul alimentar necorespunzător în sarcină (supraalimentare, exces de sare), precum și supradestinderea uterină din sarcina gemelară și polihidramnios.

Simptomatologia — diagnostic. Eclampsia este precedată de obicei de o stare premonitorie — preeclampsia (preeclampsism), caracterizată prin :

— cefalee intensă tipică, o cefalee occipito-frontală (în cască), femeia avînd senzația unui inel care-i strînge capul ;

— semne oculare : muște zburătoare, ambliopie, uneori amauroză tranzitorie ;

— semne auditive : vîjîituri în urechi, vertije ;

— semne nervoase : anxietate, iritabilitate, insomnie sau, din contra, torpoare ;

— semne digestive : grețuri sau vărsături, la care se adaugă un simptom caracteristic — o durere intensă și permanentă în epigastru — durerea în bară a lui Chaussier.

La toate semnele de mai sus se adaugă cele caracteristice disgravidiei de ultimul trimestru :

— edemul evident, în special la membrele inferioare și constatat și la urmărirea curbei ponderale, care crește anormal și rapid ;

— hipertensiunea arterială este cu mult peste limitele admise (14/9 cm) și are tendință de creștere, uneori, bruscă, pe neașteptate ;

— albuminurie masivă, atingînd uneori cîteva grame la litru ;

— oligurie : constantă.

Pe acest „teren gravidic", descris, apare (criza) accesul eclamptic (convulsiv), caracterizat prin patru faze :

a) *faza de invazie* (durata un minut) se instalează fără aura, și este caracteristică prin contracții fibrilare localizate la față și gît. Fața este cuprinsă de grimase (faza grimaselor). Capul execută mișcări de lateralitate. Globii oculari se mișcă și apoi sînt imobilizați lateral. Apar contracții musculare sub forma unor unde ce cuprind și membrele superioare, ajungînd pînă la mînă care este în pronație, policele fiind în flexiune și în opoziție, iar celelalte degete sînt de asemenea flectate ;

Scanned with OKEN Scanner

b) *faza de convulsii tonice* durează circa 20 de secunde și este caracterizată printr-o contractură simultană a tuturor mușchilor corpului, inclusiv a mușchilor respiratori. Atitudinea bolnavei este în opistotonus. Capul este imobilizat lateral, globii oculari sînt ficși, privesc în sus și în afară. Maxilarul inferior este puternic apropiat de cel superior (trismus), limba poate fi mușcată. Bolnava este în apnee, cianozată, apare o spută sanguinolentă la comisura buzelor, ochii sînt injectați. Tabloul clinic este de-a dreptul impresionant.

c) *faza de convulsii clonice* începe printr-un inspir lung, sfîrșindu-se astfel perioada de apnee din faza precedentă. Respirația este zgomotoasă și sacadată. Apar convulsii clonice de amplitudine mare, sacadate și frecvente. Mișcările sînt localizate mai ales la cap și membre. Capul execută mișcări de lateralitate. Ochii și gura prezintă contracții vii ; limba este proiectată în afară și poate fi prinsă între arcadele dentare. Umerii sînt, de asemenea, animați de contracții deplasîndu-se înainte și înapoi. Membrele superioare, în semiflexiune, se mișcă într-un plan vertical înaintea toracelui (mișcări de toboșar). Membrele inferioare fac mișcări limitate de rotație internă și externă.

Contracțiile clonice, la început rapide, devin din ce în ce mai lente pînă dispar complet. Faza de contracții clonice are o durată de circa 40—50 de secunde.

d) *faza comatoasă* urmează după încetarea convulsiilor clonice și variază ca intensitate de la o stare de obnubilare, mai mult sau mai puțin accentuată, pînă la coma completă, cu pierderea totală a sensibilității și rezoluție musculară completă, întocmai ca într-o paralizie flască. Fața este congestionată, pupilele dilatate iar respirația regulată, dar stertoroasă.

Durata fazei comatoase este variabilă — de la cîteva ore la 1—2 zile. În decursul acestei perioade accesele eclamptice se pot repeta la intervale variabile, de la cîteva minute la cîteva ore. Uneori coma se poate termina cu exitus, datorită unei hemoragii cerebrale.

Forme clinice de eclampsie. Se pot observa diverse forme de eclampsie : ușoare, grave. Criteriul după care sînt clasificate, ține seama în special de : — numărul acceselor convulsive în 24 de ore ; — durata comei ; — temperatură ; — puls ; — tensiune arterială ; — diureză.

Diagnosticul diferențial

În timpul crizelor : — epilepsia : starea de aură, emisiune involuntară de urină, anteecedentele, lipsa albuminuriei, hipertensiunii edemelor ; — crizele din uremie : ureea crescută în sînge ; — crizele convulsive din tumorile cerebrale ; — convulsiile din cursul bolilor infecțioase ; — tetanosul puerperal.

Scanned with OKEN Scanner

În timpul comei : — coma alcoolică : exalare de miros caracteristic ; — coma diabetică : glicemia crescută ; — coma uremică : ureea crescută ; — coma din hemoragia cerebrală prin comoție cerebrală ; — coma din meningita tbc (examenul lichidului cefalo-rahidian).

Prognosticul matern este rezervat. În general depinde de forma clinică cu care avem de-a face (vezi mai sus). Reluarea funcției renale și hepatice asigură o evoluție favorabilă. Prognosticul îndepărtat depinde de sechelele renale (mai frecvente), precum și de sechelele psihice și oculare (mai puțin frecvente). Recidivele la sarcinile ulterioare sînt posibile, mai ales în cazul existenței leziunilor renale.

Prognosticul fetal este, de asemenea, rezervat (mortalitate fetală între 30—50%) datorită hipoxiei și intoxicației.

Conduita profilactică are o importanță deosebită. În cadrul consultațiilor prenatale se urmăresc atent tensiunea arterială, curba ponderală și examenul de urină. Se prescrie gravidelor un regim alimentar hipotoxic, hipoclorurat și hiperproteinat. Se asigură o activitate corespunzătoare la locul de muncă, cu evitarea eforturilor exagerate și a frigului. Se depistează precoce și se tratează corect orice formă minoră de disgravidie.

Cazurile de preeclampsie trebuie internate de urgență, cu repaus absolut la pat, regim hipotoxic și hipoclorurat (3 g clor-natriu în 24 ore) ; hidrocarbonate 400 g, proteine 100 g, grăsimi 30 g. De asemenea se recomandă administrarea unei medicații zilnice, după cum urmează : Nefrix 3 tablete ; Sulfat de magneziu sol. 25% 20 ml ; Clordelazin și Romergan cîte 50 mg ; soluție glucozată hipertonică 1 000 ml.

Dacă după aplicarea corectă a tratamentului nu se obține rezultatul scontat, se indică întreruperea sarcinii.

Conduita curativă urmărește calmarea sistemului nervos, în scopul opririi repetării crizelor :

— reechilibrarea hidroelectrolitică ;

— eventual evacuarea cavității uterine cînd tratamentele medicale n-au dat rezultatele dorite ;

— reechilibrarea hidroelectrolitică și metabolică constau în combaterea acidozei prin ser bicarbonatat în clisme lente și în injecții intravenoase de ser glucozat hipertonic (100—200 ml zilnic), la care se pot asocia doze mici de Insulină în injecții subcutane. Administrarea de plasmă, albumină umană, soluții macromoleculare, care ajută la combaterea hipovolemiei — avantajează schimburile transplacentare — se va face *sub controlul permanent al presiunii venoase centrale.*

Combaterea convulsiilor constituie un act de extremă urgență obstetricală. În acest scop se vor injecta intravenos barbiturice cu acțiune ultrarapidă, de tipul thiopentalului sodic (Penthotal, Nesdonal). Doza de 300—500 mg de thiobarbituric oprește imediat convulsiile. După adminis-

Scanned with OKEN Scanner

trarea barbituricelor se poate institui o perfuzie de soluție glucozată 20%, care va conține clorpromazină (Clordelazin), prometazină (Romergan) și petidină (Mialgin). Actualmente se preferă levomepromazina (Nozinan), avînd în vedere acțiunile sale multiple : centrale, simpatolitice, antihistaminice (perfuzie cu 1—2 pînă la 3—4 fiole/zi).

Pentru reducerea edemului cerebral, care avantajează convulsiile și întreține coma, se recomandă perfuzarea soluțiilor hipertonice și diuretice, ca : Glucoza 33%, Manitol 20% și mai ales Sulfat de magneziu soluție 25%. Adăugarea la soluțiile de glucoză sau manitol a unui saluretic de tipul Furosemid (fiole de 20 mg) constituie o medicație diuretică utilă, care trebuie însă administrată sub controlul ionogramei sanguine și cu administrarea concomitentă de K. În același scop se mai pot utiliza : Nefrix (tablete de 25 mg 2—3/zi cînd se pot administra pe cale orală) sau Spironolactona (Aldactona), flacoane de 12 mg i.c. în perfuzie.

Medicamente antispastice, de tipul Papaverină (40 mg fiole 2—3 pe zi i.m.) sau Scobutil (Buscopan), 10 mg fiole 2—3/zi, sînt intrate în practica obișnuită în unele servicii de specialitate.

Datorită tulburărilor de crază sanguină, respectiv coagularea intravasculară diseminată — constatate frecvent în cazurile grave de eclampsie, heparinoterapia (20 000 U/zi) profilactică — singură sau asociată cu fibrinolitice — își face un loc din ce în ce mai larg în terapeutica modernă a acestui sindrom.

11. COMPLICAȚIILE DELIVRĂRII

Sînt reprezentate în cea mai mare parte de hemoragii, de retenția totală sau parțială de placentă și membrane, și cu totul excepțional de inversiunea uterină. Toate aceste situații necesită un tratament de urgență.

11.1. HEMORAGII DE DELIVRARE

Pot proveni :

— datorită unei decolări incomplete a placentei, cu retenția ei în cavitatea uterină ;

— prin retenție parțială de resturi de placentă sau membrane ;

— datorită unei inerții (lipsă de retracție, contracție) uterine după expulsia placentei ;

Scanned with OKEN Scanner

— datorită unor tulburări de coagulare sanguină.

Există o serie de factori care avantajează producerea acestor accidente :

— endometria cronică (reiese din antecedentele femeii) ;

— hipoplazia uterină cu tulburări menstruale, ca urmare a unor dereglări neuroendocrine ;

— malformații uterine ;

— leziuni traumatice (chiuretaje abrazive) sau cicatrici uterine ;

— prezența de tumori uterine (fibroame).

Atonia uterină se instalează de obicei după :

— surmenaj obstetrical (travaliu prelungit), cu epuizarea organismului matern și consecutiv a miometrului ;

— supradestinderea uterină : sarcină gemelară, polihidramnios, făt gigant ;

— inserție placentară pe segmentul inferior, acesta avînd un strat muscular subțire, cu lipsa unei bune posibilități de retracție ;

— expulsie fetală precipitată care nu permite refacerea biochimiei fibrei musculare uterine spre a se obține o bună retracție ;

— utilizarea nejudicioasă în timpul travaliului a unor medicamente, cum ar fi : antispasticele, anestezicele generale, perfuziile, ocitocicele ; acestea din urmă întrerupte brusc după expulsia fătului.

La toate cele amintite mai sus se adaugă adoptarea unei conduite necorespunzătoare din partea aceluia care asistă nașterea :

— tracțiuni premature pe cordon (înaintea decolării placente) ;

— comprimarea uterului (Crédé) și compresiunile exercitate pe uter în timpul nașterii fătului se pot repercuta asupra perioadei de delivrare.

Hemoragiile pot apărea în oricare din perioadele delivrării : în perioada așa-numită de repaus fiziologic (după expulsia fătului), înaintea decolării sau după dezlipirea placentei. Pe lîngă apariția hemoragiei externe prin vagin, se poate constata distensia uterului prin retenția intracavitară de sînge, care devine flasc, moale neformînd „globul de siguranță“ cu contur net, retracție bună.

Se adaugă modificarea stării generale : paliditate, accelerarea pulsului, scăderea tensiunii arteriale care poate duce la colaps și șoc.

Diagnosticul hemoragiilor de delivrare. Se consideră hemoragie de delivrare orice pierdere de sînge care depășește 300 ml și a cărei origine este suprafața de inserție a placentei și care survine în primele ore după naștere.

Simptomatologie — diagnostic

a) *Semne locale :*

— hemoragia externă care apare la vulvă e indoloră, survine pe neașteptate, e de abundență variabilă ;

Scanned with OKEN Scanner

— hemoragia intrauterină este mult mai importantă de reținut și se traduce prin modificări ale uterului, semnalate mai sus.

b) *Semne generale :* apar de obicei tardiv în hemoragia intrauterină. Nu trebuie așteptate pentru a stabili diagnosticul. Trebuie recunoscută și tratată hemoragia înaintea instalării lor. Acestea sînt : paloarea și răcirea extremităților, lipotimie, sete, vertije, coborîrea tensiunii arteriale și accelerarea pulsului (semn precoce). Dacă nu se intervine la momentul oportun, se instalează colapsul și șocul hemoragic.

Inspecția și examenul cu valvele este obligatoriu. Astfel, se va putea determina originea hemoragiei :

— poate fi vorba de o leziune vulvară (se constată la inspecție) ;

— poate fi o leziune vaginală sau cervicală, constatată la examenul cu valvele.

Aceste cauze fiind eliminate și constatîndu-se că hemoragia provine din uter, se va stabili cauza spre a se putea adopta o conduită adecvată. Se pot ivi două situații :

1) placenta este reținută în uter, fie că este decolată parțial, fie că nu este decolată ;

2) placenta a fost expulzată. În această primă situație este o decolare incompletă — au rămas resturi în cavitatea uterină. La examenul atent al placentei se observă lipsa unuia sau mai multor cotiledoane (*remarcă :* uneori pot fi cotiledoane aberante inserate pe membrane !). A doua situație, cînd delivrarea a fost completă, dar s-a instalat o hipotonie, cauzată de hemoragie. Deseori aceste două mecanisme se pot asocia, favorizîndu-se reciproc.

La diagnosticul diferențial trebuie avute în vedere hemoragiile prin tulburări de coagulare (acestea apar de obicei după D.P.P.N.I., retenție îndelungată de făt mort, embolia amniotică etc.), inversiunea uterină (însoțită de obicei de stare de șoc), placenta praevia. Situațiile se complică în cazurile de placentă acreta sau increta (pătrunderea vilozităților în grosimea miometrului).

Conduita. Sînt cîteva elemente care trebuie avute în vedere : în mod normal durata perioadei de delivrare este de circa 50 de minute. Aceasta este intervalul de timp în care cel care asistă nașterea poate aștepta decolarea placentei, cu condiția : *să nu apară nici un fel de hemoragie externă sau internă (intrauterină).* În al doilea rînd trebuie precizată sursa hemoragiei prin examenele cu valvele și cu ajutorul penselor Kocher pentru col.

În cazul cînd placenta și membranele au fost eliminate, acestea trebuie atent controlate, spre a constata integritatea lor.

În cazul cînd după 50 de minute nu se face dezlipirea placentei, cînd apare hemoragia sau atunci cînd se constată retenție parțială de pla-

centă sau membrane se impune controlul manual al cavității uterine. De asemenea, această manevră se va face în mod obligatoriu în următoarele situații :

— atunci cînd se bănuiește o soluție de continuitate uterină sau a canalului de naștere ;

— după nașteri premature ;

— după nașterile cu feți morți ;

— după nașterile gemelare ;

— după nașterea pe căi naturale din utere cicatriciale (cezariană, miomectomii, miometrectomii în antecedente etc.) ;

— malformații uterine ;

— după intervenții sau manevre obstetricale (forceps, versiuni, embriotomii) ;

— atunci cînd placenta a fost inserată pe segment și prezintă aderențe anormale.

Deoarece delivrarea manuală este o intervenție de mare urgență ce poate fi necesară deseori la naștere, îi descriem tehnica, care este foarte simplă și trebuie cunoscută de orice medic și cadru sanitar.

Intervenția se face sub anestezie — de preferat anestezia generală —, pe masa ginecologică după toaleta și dezinfecția regiunii vulvo-perineală izolată cu cîmpuri sterile. Cel care execută intervenția se spală cu săpun și apă sterilă 20 de minute. În lipsa acestor posibilități, se îmbracă mănuși de cauciuc sterile sau, în situații de extremă urgență, se iodează mîinile și antebrațele pînă la cot.

Mîinile operatorului acționează simultan : cu mîna stîngă se îndepărtează labiile și se introduce în vagin și uter mîna dreaptă, cu degetele în semiflexiune (mîna de mamoș). Mîna stîngă prinde fundul uterului și-l susține, împingîndu-l spre simfiza pubiană. După introducerea mîinii în uter (de-a lungul cordonului ombilical), se caută placenta, respectiv circumferința acesteia și se pătrunde cu latura cubitală a mîinii sau cu vîrful degetelor între marginea placentei și peretele uterin, dezlipindu-se treptat organul placentar. Aceasta odată dezlipită, alunecă pe fața anterioară a antebrațului drept și apare în exterior.

Extrasă în exterior, placenta este controlată și în cazul de lipsă de cotiledoane se recontrolează cavitatea uterină după tehnica descrisă. În serviciile cu experiență, controlul manual este urmat de un control instrumental (cu chiuretă specială) uterin.

Dacă după extracția placentei uterul nu se contractă, se injectează i.m. sau i.v. : Oxiton, Sintocinon 3—5 U, sau Ergomet sau Metergin 2 fiole. Se poate recurge și la comprimarea bimanuală uterină în cazurile de inerție : mîna dreaptă din uter se face pumn și se masează pe ea uterul cu mîna stîngă.

Scanned with OKEN Scanner

11.2. INVERSIUNEA UTERINĂ

Inversiunea uterină este un accident grav, din fericire excepțional întîlnit, al delivrării și constă într-o invaginare (întoarcere în deget de mănușă) a uterului, al cărui fund se deprimă, ajunge la nivelul colului și se poate chiar exterioriza complet din căile genitale.

În producerea inversiunii se incriminează inerția fundului uterin, permițînd organului deprimarea în cupolă și apoi căderea și invaginarea. Se adaugă de obicei doi factori favorizanți : inserția fundică și aderența anormală a placentei. De multe ori o conduită necorespunzătoare în delivrare, cum ar fi exprimarea fundului uterin și tracțiunile pe cordon, pot produce o inversiune.

Diagnosticul se bazează pe apariția unei dureri bruște la nivelul uterului, însoțită de stare de șoc și o hemoragie puternică. La palparea regiunii hipogastrice se constată deprimarea în cupolă (gr. I) sau dispariția în totalitate a uterului la acest nivel (gr. II). La examenul vaginal digital se găsește o masă de mărimea unei portocale, globuloasă, violacee, prezentă în vagin (gr. III).

Dacă nu se intervine imediat prin taxis (reducere) central, blînd și progresiv, încercîndu-se reintegrarea sau cînd manevra nu reușește trebuie intervenit chirurgical de urgență (inversiunea de gr. III), deoarece moartea survine prin șoc sau ulterior prin sfacelare și infecție (septicemie).

12. SINDROAME HEMORAGICE (COAGULOPATII) GRAVE ÎNTÎLNITE ÎN OBSTETRICĂ

Coagulopatiile care se întîlnesc mai frecvent în practica obstetricală sînt :

12.1. FIBRINOLIZA PRIMARĂ ACUTĂ (F.P.A.)

Aceasta rezultă din ruperea echilibrului dintre mecanismul fiziologic al coagulării și sistemul fibrinolitic, în favoarea creșterii exagerate a fibrinolizei, ca urmare a pătrunderii masive în circulație a enzimelor care declanșează fibrinoliza.

Scanned with OKEN Scanner

12.2. COAGULAREA INTRAVASCULARĂ DISEMINATĂ (C. I. V. D.)

În acest caz, fibrinoliza se produce secundar depunerii de cheaguri de fibrină în microcirculație. În această situație, se consumă factori ai hemostazei (trombocite, fibrinogen, enzime ale complexului protrombinic), de unde și denumirea de coagulopatie de consum. Cele două coagulopatii, semnalate mai sus, constituie urgențe majore și apar ca un epifenomen în următoarele circumstanțe în obstetrică :

— în avorturile septice — cu șoc endotoxinic, în special cu bacterii gram negativ ;

— în sarcina cu făt mort, reținut timp îndelungat ;

— în decolarea prematură a placentei normale inserate ;

— în hemoragiile de delivrare complicate, deseori, cu șoc hemoragic ;

— în sarcinile cu izoimunizare ;

— în sarcinile sau nașterile prelungite (travalii surmenante) ;

— în embolia amniotică ;

— în mola hidatiformă ;

— după declanșarea avortului prin injectare intraamniotică de ser hipertonic clorurat ;

— după instalarea unui șoc în obstetrică fie hemoragic, fie toxicoseptic ;

— în disgravidiile forme grave.

Diagnosticul clinic. **Fibrinoliza acută** se instalează sub forma unei hemoragii uterine abundente (rareori moderată), cu sînge fluid, necoagulabil, apărută în afara oricărei alte cauze, cum ar fi : reținția de placentă sau membrane, inerția uterină, soluții de continuitate ale uterului sau canalului de naștere. De cele mai multe ori această hemoragie este urmată de instalarea colapsului, apoi a stării de șoc.

În cazul coagulării intravasculare diseminate apar semne datorită trombozelor în microcirculație cu infarctizări consecutive : cianoză intensă a extremităților („nas negru"), purpură necrotică, dureri musculare mai ales în lombe, fenomene neurologice, insuficiență respiratorie și renală gravă cu oligoanurie. Se adaugă, la acestea, manifestările hemoragice cu echimoze, peteșii cutanate și mucoase, epistaxisuri și gingivoragii, hemoragii viscerale, mai ales digestive și respiratorii, hematurie, hemoragii cerebrale, peteșii după aplicarea garoului și sîngerări prelungite la locurile injecțiilor. Toate acestea se suprapun pe tabloul clinic al unei circumstanțe patologice obstetricale (vezi mai sus).

În fibrinolizele acute, metoda cea mai rapidă de diagnostic este testul de redizolvare a cheagului sanguin. Normal, peste 72 ore la 37°.

Scanned with OKEN Scanner

Cu cît fibrinoliza este mai gravă, cu atît timpul de redizolvare a cheagului este mai scurtat.

În C.I.V.D. se constată scăderea trombocitelor sub 100 000/mmc, scăderea timpului de protrombină sub 50%, scăderea fibrinogenului sub 2 g ‰, testele de paracoagulare pozitive, în primele 24 de ore, se negativează ulterior. Cît privește produșii de degradare ai fibrinogenului controlați prin așa-numitul Fi-test (normal 1 : 8), în C.I.V.D. este de 1 : 16.

Metoda cea mai simplă de diferențiere a fibrinolizei primare de C.I.V.D. este inspectarea atentă a cheagului : în C.I.V.D. retracția cheagului este lentă din cauza plachetopeniei, iar după incubare mai lungă rămîne un cheag mic datorită fibrinogenului scăzut. În fibrinoliza primară se produce un cheag voluminos, care se dizolvă singur sau nu se produce nici o coagulare, prin liza imediată a oricărui cheag. Filtrarea sîngelui printr-un tifon permite identificarea de mici cheaguri stabile în C.I.V.D.

Conduita. În fibrinoliza primară acută (F.P.A.). Tratamentul constă în administrarea concomitentă a două droguri principale : inhibitorul Kunitz și acidul epsilon-amino-caproic (E.A.C.A.), precum și în compensarea volemiei.

Inhibitorul Kunitz, extras din pancreas, reprezintă inhibitorul fiziologic al tripsinei, fiind foarte activ asupra plasminei. Se află preparat sub numele de Iniprol : fiole de 5 ml, conținînd 1 000 000 U. Doza inițială necesară este de minimum 5 000 000 administrată i.v. Se repetă după o oră, avînd în vedere efectul de scurtă durată. Se continuă administrarea sub controlul fibrinolizei.

Se mai utilizează și inhibitorul Frey, aflat în comerț sub numele de Trasylol sau Zymofren fiole de 5 ml, conținînd 25 000 U. Doza totală ce se poate administra : 75 000—100 000 U. i.v.

Acidul epsilon-amino-caproic (E.A.C.A.) este un inhibitor al activării plasminogenului. Se administrează 4—6 g în doza inițială și se continuă cu perfuzii i.v. în ritm de 1 g/oră, în ser glucozat. Dozele totale pot merge pînă la 25—30 g/24 ore. Eliminarea E.A.C.A. făcîndu-se prin rinichi, se va evita utilizarea în cazurile de insuficiență renală.

La medicația prescrisă mai sus se adaugă, în mod obligatoriu, terapia de substituție cu transfuzii masive de sînge proaspăt, pînă la 10 l/24 ore. De asemenea, administrarea de plasmă integrală proaspătă (1 litru și de calciu). Odată cu oprirea hemoragiei și ameliorarea stării bolnavei, fibrinoliza se poate controla prin testul Kaulla și dozarea fibrinogenului.

Tratamentul C.I.V.D. Avînd în vedere că C.I.V.D. este declanșată de diverși factori trombogeni, care activează sistemele extrinseci și/sau in-

trinsec al coagulării cu formarea de trombină, tratamentul esențial constă în administrarea de Heparină, care contrabalansează aceste procese.

Heparina se administrează în doză inițială de 25 mg i.v., după care se instalează sub formă de perfuzie continuă în doză de 2—3 mg/kg corp/24 ore, sau se poate administra și discontinuu la 4—6—8 ore. Criteriile de urmărire a eficienței terapiei heparinice constau în revenirea la normal a testelor plasmatice ale coagulării, timpul parțial de tromboplastină, timpul complexului protrombinic, timpul plasmei recalcifiate, concentrația fibrinogenului peste 2 g ‰.

În cazul hemoragiilor grave (hemoragii digestive, hematurie, gingivoragii) se administrează plasmă, masă eritrocitară, precum și concentrate trombocitare cînd plachetopenia este accentuată. Toate aceste transfuzii de substituție se fac sub administrarea continuă de Heparină și cu controlul repetat al testelor de coagulare. Se recomandă, de asemenea, administrarea acidului nicotinic și papaverinei, care favorizează repermeabilizarea capilară.

Cît privește tratamentul chirurgical — histerectomia de hemostază —, aceasta a fost propusă pentru suprimarea organului considerat generator de substanțe nocive, în speță tromboplastina. Cei mai mulți o propun în apoplexia utero-placentară. Ea nu este lipsită de risc, avînd în vedere crearea de noi și multiple focare de hemoragie ; de aceea, unii propun suplimentar ligatura arterelor hipogastrice și meșarea strînsă a excavației pelvine.

13. RUPTURA UTERINĂ

Ruptura uterină reprezintă un accident grav (urgență majoră) care poate apărea în cursul sarcinii, dar mai ales în travaliu : o soluție de continuitate pe uter de obicei la nivelul segmentului inferior, mai rar pe corp. Ea poate fi completă (sînt interesate toate straturile uterine) sau incompletă în cazul cînd seroasa peritoneală este indemnă.

La interogator se reține că bolnava a avut intervenții pe uter (operații cezariene, miomectomii). Ca factori favorizanți trebuie reținuți : distensia uterină prin sarcini gemelare, polihidramnios, monștri dubli, hidrocefalie etc. Între cauzele determinante, sînt de reținut placenta praevia asociată cu placenta acreta.

Scanned with OKEN Scanner

În travaliu, în afara elementelor amintite mai sus, utilizarea abuzivă necorespunzătoare a ocitocitelor, disproporțiile prezentație-bazin, intervenții laborioase, fără a se ține seama de condiții și indicații, pot declanșa o ruptură uterină.

Diagnosticul se bazează pe apariția unei dureri vii abdominale, survenită la o gravidă cu o sarcină uterină, urmată de stare de șoc și oprirea bruscă a travaliului.

La palparea abdomenului, în afara sensibilității, se pot distinge două formațiuni : pe de o parte fătul, pe de alta uterul. Nu se mai percep bătăile cordului fetal.

La examenul vaginal digital se pierde contactul cu prezentația (fătul trecut în abdomen). Hemoragia vaginală este de obicei în cantitate redusă, predominantă fiind cea intraperitoneală. Legat de aceasta, se constată alterarea gravă a stării generale cu prăbușirea tensională, puls filiform, paloare accentuată, transpirații profuze.

În fixarea diagnosticului vor fi excluse D.P.P.N.I., placenta praevia și stările de șoc de altă natură.

Conduita. Internarea imediată a cazului în maternitate. Determinarea grupei sanguine (și Rh-ului), cu instituirea unei reanimări susținute cu sînge și soluții macromoleculare.

Laparotomie sub anestezie locală sau de preferat I.O.T. Aplicarea unor pense hemostatice pe marginile uterului, reperarea rupturii și după caz : — sutura breșei ; — histerectomie totală (cînd e interesat și colul) sau subtotală ; — drenaj.

14. SUFERINȚA FETALĂ ÎN TRAVALIU. MOARTEA APARENTĂ ȘI REANIMAREA NOULUI-NĂSCUT

14.1. SUFERINȚA FETALĂ

Suferința fetală apare în mod obișnuit în nașterile care comportă un risc obstetrical crescut, cum sînt : — prezentațiile distocice ; — prematuritatea ; — termenul depășit ; — gemelaritatea ; — mama diabetică ; — mama cardiopată sau cu afecțiune vasculo-renală, în special HTA ; — toxemia gravidică ; — incompatibilitatea sanguină gravă ; — placenta praevia ; — decolarea prematură a placentei normale inserate ; — procidența

Scanned with OKEN Scanner

cordonului ; — travaliu prelungit cu distocie dinamică ; — distocie mecanică (disproporție făt-bazin), urmată de manevre obstetricale dificile ; — intervenții (în special forceps, versiuni) făcute fără respectarea condițiilor și indicațiilor necesare ; — ruptura uterină ; — medicamente (anestezice, ocitocice etc.) utilizate necorespunzător.

Diagnosticul se stabilește prin metode clinice sau paraclinice. Clinic se constată modificarea B.C.F.-urilor, ca intensitate și ritm. Se știe că în mod normal sînt 120—140/minut. Se poate instala tahicardie peste 160/minut, bradicardie sub 100/minut, aritmie sau bradiaritmie.

Modificarea aspectului lichidului amniotic este, de asemenea, un semn clinic important. Lichidul capătă o coloratie verzuie, cu atît mai accentuată cu cît suferința este mai gravă (aspect de piure de mazăre în suferința gravă). Acest semn are valoare în prezentațiile cefalice, în pelvină eliminarea de meconiu făcîndu-se datorită compresiunii abdominale la trecerea fătului prin filiera de naștere. Agitația fătului — mișcări bruște — constituie alt semn de suferință fetală.

Paraclinic se poate constata, înaintea ruperii membranelor cu ajutorul amnioscopului, modificarea aspectului lichidului amniotic. De asemenea, urmărirea ritmului cardiac fetal se poate face cu ajutorul electrocardiogramei sau a ultrasunetelor. Se recomandă înregistrarea simultană a contracției uterine și a ritmului cardiac, pentru a se constata raporturile dintre ele.

Determinarea *p*H-ului sanguin fetal, după tehnica Saling cu stabilirea *p*H-ului, care în mod normal este 7,3, constituie o altă metodă pentru controlul stării fătului.

Conduita. Urmărirea atentă a travaliului, în ceea ce privește parametrii de timp, cu asigurarea unei dinamici uterine susținute, cu evitarea traumatismelor, constituie o metodă profilactică de combatere a suferinței fetale. Nicolaev a propus administrarea de oxigen cu mască, de ser hipertonic glucozat 30% — 60 ml i.v. și de vitamină C. Această triadă se repetă după 30 minute. Dacă suferința nu dispare, este, deci, ireversibilă la triada Nicolaev repetată, se impune extragerea fătului prin cezariană sau forceps, după situație.

Examenul clinic al nou-născutului. Aprecierea stării noului-născut se face prin stabilirea scorului Apgar, utilizîndu-se 5 criterii, notate cu cifre de la 0 la 2. Copilul normal la naștere are un coeficient Apgar 10. Astfel, se ține seama de : — coloratia tegumentelor ; — mișcările respiratorii ; — ritmul cardiac ; — tonusul muscular ; — reflexul la excitație

Scanned with OKEN Scanner

Scorul Apgar

Semne	NOTA		
	0	1	2
Coloraţia tegumentelor	cianoză sau paloare	cianoza extremităţilor	culoare roză
Mişcările respiratorii	apnee	respiraţie neregulată	respiraţia regulată
Ritmul cardiac	absenţa B.C.F.	B.C.F. sub 100	B.C.F. peste 100
Tonicitatea musculară	lipsa generală a tonusului	absenţa tonusului la extremităţi	tonus normal
Reflexul la excitaţie	absent	grimasă	strănut, tuse

Făcîndu-se adunarea cifrelor, se poate trage concluzia asupra stării fătului după cum urmează : — nota 10 = stare foarte bună ; — nota 8—9 = stare bună ; — nota 5—6—7 = hipoxie ; — nota 3—4 = hipoxie gravă ; — nota 1—2 = moarte aparentă ; — nota 0 = moarte.

14.2. REANIMAREA NOULUI-NĂSCUT

— aspirator cu depresiune moderată, sonde de aspiraţie ;

— inhalator de oxigen, cu o mască pentru nou-născut şi o valvă de securitate pentru a evita hiperpresiunile ;

— laringoscop şi material de intubaţie endotraheală ;

— aparat de ventilaţie artificială manual ;

— material pentru cateterism şi perfuzia ombilicală ;

— medicaţie : ser bicarbonatat 42‰ ; ser glucozat hipertonic, clorură de calciu, vitamina K_1.

Reanimarea urmăreşte : — asigurarea unei ventilaţii pulmonare eficiente ; — menţinerea unei hemodinamici corecte ; — corectarea acidozei metabolice.

Cel care face reanimarea trebuie să utilizeze manevre blînde, netraumatizante şi să execute, în condiţii perfecte de asepsie, următoarele :

— aspiraţia prin cateterism nazal şi esofagian ;

— oxigenarea cu masca constituie gestul elementar ori de cîte ori se constată modificări ale ritmului respirator ;

Scanned with OKEN Scanner

— intubația endotraheală reprezintă metoda esențială a oricărei reanimări serioase și eficace, căci numai astfel se poate practica o aspirație eficace și apoi o oxigenare corespunzătoare prin racordarea respiratorului la sonda intratraheală ;

— cateterismul ombilical, prin vena ombilicală, făcut cu ajutorul unei sonde speciale, permite administrarea diferitelor substanțe tampon (T.H.A.M.) sau/și a bicarbonatului de sodiu pentru a corija eventual cu acidoză, utilizîndu-se, din această ultimă substanță, 5—15 ml/kg corp/24 de ore soluție semimolară 4,2% ;

— asigurarea unei hemodinamici corespunzătoare prin masaj cardiac extern, executat în ritm de 80—120/minut ;

— administrarea intrafuniculară a 2—4 ml Clorură de calciu (sol. 10%) și intracardiac a 1/2—1 mg Adrenalină în soluție glucozată 5%, atunci cînd nu s-a instalat automatismul cardiac ;

— *toate manevrele de mai sus trebuie făcute cu evitarea pierderii de căldură a noului-născut* (masă cu posibilități de încălzire, scutece calde).

După reanimare se cere o atentă supraveghere în continuare (eventual menținere în incubator), cu administrarea unei medicații adecvate, avînd în vedere că prognosticul noului-născut este cu atît mai rezervat cu cît reanimarea a fost mai lungă sau necorespunzător făcută.

Profilaxia suferinței fetale și neonatale se bazează pe o conducere corectă a travaliului, pe o depistare precoce a oricărei modificări a stării fătului (metodele moderne de monitorizare au tocmai acest rol), pe renunțarea la manevre traumatizante, cum ar fi aplicările înalte de forceps, versiunile, marea extragere în pelvină etc.

Scanned with OKEN Scanner

CHIRURGIE

1. PRINCIPIILE ȘI PRACTICA ASISTENȚEI DE URGENȚĂ A TRAUMATISMELOR ÎNCHISE ȘI DESCHISE

Mortalitatea în urma traumatismelor scade cu 30—50%, dacă încă de la locul accidentului și imediat după producerea lui, pe durata transportului, vom acorda o asistență medicală calificată. Salvarea acestor vieți nu necesită o dotare tehnică specială, ci numai cunoștințe precise și aplicate corect.

1.1. SCOATEREA ACCIDENTATULUI DIN CONDIȚIILE FOCARULUI PRIMAR DE AGRESIUNE

Acțiunea de degajare a victimei din focarul primar de agresiune o vom orienta, concomitent, pe patru direcții :

— evitarea agravării condițiilor primare de agresiune care să producă noi leziuni și să pună în pericol viața salvatorului ;

— evitarea agravării leziunilor existente prin manevre neadecvate ;

— asigurarea respirației accidentatului, de îndată ce executarea manevrelor corespunzătoare devine posibilă ;

— oprirea hemoragiei, imediat ce condițiile permit accesul la plaga care sîngerează.

Pentru executarea corectă a primelor două direcții, vom proceda după cum urmează :

Scanned with OKEN Scanner

— Se vor aprecia condiţiile în care se găseşte victima şi posibilităţile de execuţie a degajării.

Dacă forţele umane de care dispunem sînt insuficiente, pentru a nu agrava situaţia existentă, nu vom trece la degajare decît cu o echipă a cărei forţă este corespunzătoare şi a cărei acţiune trebuie strict coordonată.

Înainte de a mişca victima, din poziţia impusă de traumatism, vom desprinde şi desface centura, cordoanele şi vom descheia cămaşa la gît.

— În timpul executării manevrelor de degajare de sub dărîmături, dintr-un vehicul etc., vom ţine seama de riscul de a agrava o fractură, de a produce o leziune viscerală, de a redeştepta o hemoragie oprită pentru moment etc.

Pentru aceasta, nu vom flecta sub nici un motiv capul pe torace şi toracele pe abdomen. Flexiunea coloanei poate determina, în cazul unei fracturi vertebrale, producerea unei contuzii sau secţiuni medulare urmată de paralizie definitivă.

— Vom aprecia rapid starea în care se găseşte accidentatul. Dacă acesta o permite, vom trece la preîntîmpinarea extinderii agresiunii primare care ameninţă viaţa victimei şi pe cea a salvatorului.

— Dacă aceasta nu este posibilă, vom ieşi cu victima din perimetrul periculos.

— Nu vom face însă nici o deplasare fără un motiv clar, deoarece orice mişcare întîrzie resuscitarea, poate agrava o leziune sau poate precipita producerea şocului.

— Dacă deplasarea este însă absolut necesară, victima trebuie astfel manevrată şi mobilizată încît capul—gîtul—trunchiul şi extremităţile să facă un tot rigid.

— Cea mai frecventă greşeală este mobilizarea accidentatului prin prinderea lui de membre.

— Prima grijă, privind viaţa accidentatului, este asigurarea respiraţiei. Dacă nu se simte jetul expirator şi toracele nu schiţează mişcări respiratorii, resuscitarea respiratorie devine obligatorie.

— Dacă accidentatul are o hemoragie abundentă, se procedează la hemostază imediată. Salvarea vieţii depinde de acest gen şi nu vom uita niciodată că o hemoragie gravă poate fi oprită prin compresiune digitală şi, dacă este cazul, degetele vor fi introduse fără nici o ezitare în plagă. Compresiunea digitală va fi înlocuită la membre, deîndată ce condiţiile o permit, prin hemostază circulară. Aplicarea constricţiei circulare este o armă eficace dar foarte periculoasă ; în 90% din cazuri hemostaza se poate obţine numai printr-un pansament compresiv.

Înainte de a abandona un accidentat, considerîndu-l mort, deoarece nu respiră şi nu are puls, vom încerca scoaterea lui din moartea clinică, oricînd posibilă datorită asfixiei.

Scanned with OKEN Scanner

1.2. TEHNICILE DE DEGAJARE DIN CONDIȚIILE PRIMARE ALE ACCIDENTATULUI

Obiectivul care trebuie respectat este de a evita agravarea leziunilor osoase și viscerale existente. *Principiul :* evitarea flectării capului pe torace, a toracelui pe abdomen și a abdomenului pe coapse.

Scoaterea accidentatului inconștient din condițiile primare, dărîmături, autovehicule, cere ca cel care execută degajarea să se așeze în spatele victimei, cu membrele inferioare îndepărtate și cu corpul ușor aplecat înainte. Își trece membrele superioare pe sub brațele victimei și cu ambele mîini îi prinde un antebraț, care este menținut flectat în unghi drept pe torace (poziția Rautek). Pentru manevrarea și deplasarea accidentatului, salvatorul se lasă pe spate, sprijinindu-l pe ambii genunchi flectați. El își coordonează mișcările astfel încît să evite flectarea corpului victimei.

Îndepărtarea din perimetrul agresiunii primare poate fi făcută de o singură persoană, folosind poziția de mai sus, sau, mai ușor, de mai multe persoane, care acționează simultan.

1.3. TEHNICA AȘEZĂRII ACCIDENTATULUI

Accidentatul poate fi inconștient sau conștient.

Accidentatul inconștient este culcat pe pămînt în decubit dorsal. Trecerea din poziția „purtat" în cea de așezare va decurge astfel încît să evităm agravarea leziunilor osoase ale membrelor, în cazul cînd ele există, și, de principiu, pe cele ale coloanei vertebrale.

Dacă accidentatul este conștient, îl vom lăsa în această poziție ridicîndu-i membrele inferioare peste planul corpului. Această postură are ca scop întîrzierea constituirii hipovolemiei posttraumatice și prin aceasta întîrzierea instalării șocului.

Dacă accidentatul este inconștient și necesită resuscitare respiratorie sau cardiorespiratorie, aceste manevre le vom executa în decubit dorsal orizontal. Dacă accidentatul este inconștient și respiră, îl vom așeza în decubit lateral. Trunchiul va fi aplecat ușor ventral. Poziția este menținută stabilă, prin flectarea genunchiului corespunzător laturii pe care acesta este culcat la 40—45°. Capul va fi rotat cu circa 45° spre sol, cu palma opusă decubitului introdusă sub obraz. Aceasta este poziția în care se evită inspirarea de lichid gastric, care este expulzat prin vărsătură (vezi „aspirația pulmonară").

Scanned with OKEN Scanner

1.4. DEZBRĂCAREA ACCIDENTATULUI

Vom slăbi toate elementele vestimentare care stînjenesc circulația, respirația și examinarea (centură, pantaloni, guler etc.). Cînd este necesară dezbrăcarea veștmintelor, acestea vor fi sfișiate pe cusături. Încălțămintea nu o scoatem, dar vom desface larg șireturile.

În traumatismele mîinii, vom îndepărta ceasul și inelele, deoarece, datorită producerii rapide a edemului traumatic ele nu mai pot fi scoase și, pot produce leziuni ischemice. Pe durata transportului și în raport cu temperatura ambiantă, vom acoperi accidentatul pentru a nu „pierde căldură" sau vom evita „supraîncălzirea".

1.5. TRANSPORTUL DE LA LOCUL ACCIDENTULUI

Principiile tactice și execuția tehnică a transportului de la locul accidentului a traumatismelor grave sînt subordonate evitării agravării leziunilor și tulburărilor existente, evitării producerii altor leziuni și asigurarea asistenței pînă la internarea în spital.

Mobilizarea în vederea transportului, așezării pe targă și în autosalvare. Pentru trecerea accidentatului de la sol pe targă, vom avea în vedere riscul de a produce o contuzie sau ruptură medulară, în cazul cînd există o fractură a coloanei vertebrale, de a provoca hemoragie internă în cazul traumatismelor abdomino-toracice și de a agrava leziunile părților moi în fracturile membrelor.

La ridicarea traumatizaților gravi vom mai ține seama de necesitatea așezării membrelor superioare cu mîinile încrucișate pe piept, pentru a evita deplasarea lor liberă și nu vom uita niciodată obligația de a manevra corpul ca pe o „riglă rigidă", lin și fără smucituri.

Mobilizarea și așezarea pe targă necesită cel puțin patru persoane. Execuția se poate face fie prin procedeul „culegerii", fie prin cel al „punții olandeze".

1.6. PROCEDEUL „CULES" SAU „DE RIDICARE DIN LATERAL"

Accidentatul în decubit dorsal sau lateral. Pentru executarea manevrei sînt necesare patru persoane. Din acestea, trei se așază într-un genunchi de o parte a accidentatului. Prima persoană își bagă mîinile pe sub umerii accidentatului, astfel ca antebrațul să-i împiedice căderea și

Scanned with OKEN Scanner

hiperextensia capului. A doua persoană își plasează mîinile și antebrațele sub bazin, iar cea de-a treia pe sub membrele inferioare.

Simultan, cele trei persoane ridică accidentatul pe scara formată de genunchii liberi. Cea de-a patra persoană împinge targa astfel ca aceasta să fie sub victimă, care apoi este coborît pe ea.

1.7. PROCEDEUL „PUNȚII OLANDEZE"

Executarea necesită tot patru persoane. Trei în picioane, unul în spatele celuilalt, cu membrele inferioare desfăcute deasupra accidentatului. Acesta este ridicat de haine, prin efort conjugat și simultan. Targa este împinsă sub accidentat, care este coborît lin, respectînd principiul „blocului rigid".

1.8. PRINCIPIILE TACTICE ALE SECURITĂȚII TRANSPORTULUI UNUI ACCIDENTAT GRAV

Transportul unui accidentat grav, în condiții nepotrivite, poate, prin el însuși, să fie un factor de agravare și să cauzeze moartea.

În organizarea și executarea evacuării primare, de la locul accidentului, vom avea în vedere următoarele :

1) Dacă la locul accidentului hemoragia a fost controlată și respirația asigurată, vom prefera evacuarea cu autosalvarea, chiar dacă aceasta presupune o oarecare întîrziere. Timpul aparent pierdut este compensat prin scăderea riscului de agravare a leziunilor, a decompensării circulatorii, a instalării șocului și a pericolului declanșării unei hemoragii mortale.

Din aceste motive, transportul în condițiile necorespunzătoare, oferite de un autoturism, trebuie să reprezinte numai o soluție de necesitate și să fie acceptat în principiu numai pentru hemoragiile grave, care nu pot fi controlate prin hemostază provizorie.

2) Poziția traumatizatului în timpul transportului se adaptează naturii, topografiei leziunilor, consecințele lor sistemice și stării de conștiență, sau de inconștiență.

Orice accidentat grav va fi transportat în poziție culcată. Dacă victima este conștientă, va fi așezată pe targă în decubit dorsal. Decubitul este orizontal, cînd există bănuiala unei fracturi de coloană vertebrală sau de bazin. Decubitul este orizontal, cu capul mai ridicat, dacă există o fractură închisă sau, mai ales, deschisă a craniului, pentru a reduce rata de formare a edemului cerebral. Decubitul este orizontal în poziție pro-

Scanned with OKEN Scanner

clivă, în cazul traumatismelor craniene și, în special, în fracturile bazei craniului, pentru a favoriza întoarcerea venoasă și a reduce rata edemului și hemoragiei.

Decubitul va fi orizontal decliv (poziția Trendelenburg), în cazul accidentaților șocați dar conștienți, înclinarea corpului cu 10—15° face ca volumul circulant să graviteze spre splanhne și extremitatea cefalică acoperind astfel, într-o măsură, hipovolemia produsă de traumatism.

Decubitul va fi orizontal sau decliv, cu membrele inferioare (și cele superioare) ridicate la verticală, în hemoragiile grave.

Poziția semișezîndă va fi impusă în traumatismele toracice, pentru a ușura respirația.

Poziția semișezîndă, cu genunchii flectați va fi aplicată în traumatismele abdominale, pentru a relaxa peretele abdominal (poziția Fowler).

Dacă un traumatizat prezintă leziuni ale splanhnocraniului, există pericolul asfixiei prin invadarea căilor respiratorii de sîngele care se scurge. Pentru a preîntîmpina această eventualitate, cu risc vital, victima este așezată în decubit ventral, cu capul peste antebrațe și rotat lateral.

Dacă accidentatul este inconștient, transportul va fi făcut întotdeauna în decubit lateral, pentru a evita asfixierea, oricînd posibilă, prin aspirarea vărsăturilor (vezi sindromul Mendelson).

3) Odată așezat în poziția corespunzătoare, aceasta va fi menținută ca atare, deoarece schimbarea poziției corpului la un șocat poate prin ea însăși să producă moartea.

4) Accidentatul este în mod obligatoriu însoțit de un cadru competent, care îi va urmări evoluția și va interveni la orice schimbare.

Urmărirea înseamnă sesizarea schimbărilor clinice, a respirației, pulsului, T.A., a hemostazei provizorii și a decurgerii perfuzării. Dacă transportul se prelungește, pentru un accidentat care are o hemostază circulară, aceasta va fi relaxată și restrînsă din 30 în 30 de minute.

5) Un accidentat grav, cu excepția hemoragiilor grave și necontrolabile, trebuie astfel transportat încît să evităm riscul implicat de viteză și de accelerarea și decelerarea bruscă, de frînarea și virajele bruște. Coordonarea transportului este făcută de medicul care însoțește autosalvarea. El este cel care stabilește regimul de viteză, opririle, durata lor etc.

6) Un accidentat grav îl vom preda medicului de gardă și îi vom înmîna în scris protocolul evenimentelor, de la producerea accidentului, pînă în momentul internării.

Regulă : Nici un accidentat grav, în decompensare circulatorie nu va fi transportat înainte de a putea suporta transportul, deoarece transportul prin el însuși poate deveni un factor de agravare și cauzator de moarte.

Scanned with OKEN Scanner

2. STOPUL RESPIRATOR ȘI TRATAMENTUL LUI DE URGENȚĂ

Prin stop sau sincopă respiratorie înțelegem oprirea mișcărilor respiratorii spontane. Sincopa respiratorie o recunoaștem după următoarele patru semne : — absența mișcărilor respiratorii și a „jetului expirator" ; — cianoza ; — midriaza ; — inconștiența.

Înlocuirea artificială a mișcărilor respiratorii spontane este posibilă prin două metode : metoda insuflației active de aer în plămînii accidentatului și metoda apăsării ritmice a toracelui.

Prima condiție pentru asigurarea eficacității respirației artificiale este permeabilitatea căilor respiratorii superioare.

De aceea, primul gest în caz de sincopă respiratorie este de a verifica permeabilitatea lor și, dacă este cazul, de a proceda imediat la dezobstruare.

2.1. CAUZELE CARE POT PROVOCA PIERDEREA PARȚIALĂ SAU TOTALĂ A PERMEABILITĂȚII CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

Cauzele care pot provoca pierderea permeabilității căilor respiratorii superioare pot fi mecanice și funcționale. Cele funcționale pot fi locale sau centrale.

Cauzele mecanice sînt :

— „căderea" limbii în hipofaringe, ca urmare a hipotoniei mușchilor faringieni în cazul accidentatului inconștient, comatos sau paralizat, așezat în decubit dorsal ;

— pătrunderea în hipofaringe a unor corpi străini solizi sau lichizi, ca sîngele, dinții în traumatismele splanhnocraniului, protezei dentare, de lichid gastric vărsat și aspirat etc. ;

— traumatismele directe ale căilor respiratorii superioare.

Cauzele funcționale locale sînt edemul și spasmul glotic.

Cauzele funcționale centrale se referă la deprimarea sau la oprirea activității centrului respirator. Aceasta poate să urmeze traumatismelor craniene, intoxicațiilor cu gaze, emboliei și asfixiei.

Scanned with OKEN Scanner

2.2. TEHNICA DEZOBSTRUCȚIEI CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

Dezobstruarea trebuie făcută la nivelul gurii și hipofaringelui, iar uneori trebuie completată cu dezobstruarea traheobronșică.

Dezobstrucția este o acțiune de extremă urgență fără de care bolnavul se asfixiază și moare. Toată acțiunea se desfășoară pe un bolnav inconștient sau comatos. Așa cum s-a precizat mai sus, cea mai frecventă cauză de obstrucție a căilor respiratorii superioare este „căderea limbii" în hipofaringe, ca urmare a hipotoniei musculaturii faringiene datorită stării comatoase.

Pentru a preveni sau a reduce căderea limbii, vom proceda după cum urmează :

1) Poziția : accidentatul în decubit dorsal-orizontal, cu capul în extensie dorsală. La sol, extensia se accentuează prin introducerea unui sul din veștminte, transversal, în dreptul omoplaților. Pe o masă, această poziție o obținem lăsînd să atîrne capul la marginea ei. Ne așezăm la capul victimei, privindu-i fața.

Manevrarea capului, pentru a-l aduce în extensie, se face printr-o mișcare continuă și cu blîndețe, pentru a preîntîmpina agravarea unei eventuale fracturi a coloanei cervicale și a leziunilor medulare. Pentru aceasta, o mînă va apăsa ferm pe creștetul capului iar cealaltă ridică bărbia, care trebuie adusă în planul vertical.

2) Din poziția de plecare aplicăm pe bărbie ambele police și exercităm o apăsare în jos, ca și cum am urmări deschiderea gurii.

3) Aplicăm restul degetelor ambelor mîini pe marginea dorsală a ramurii verticale a mandibulei imprimîndu-i o mișcare de alunecare în sens ventral, ca și cum am urmări aducerea arcadei dentare inferioare ventral de cea superioară.

Prin aceste două gesturi, executate în succesiune, obținem subluxarea înainte a mandibulei. Datorită subluxării anterioare, planșeul bucal și limba sînt și ele trase și prin această deplasare epiglota eliberează orificiul glotic. În cazul în care respirația nu începe să se producă, înseamnă că obstacolul nu a fost îndepărtat. Pentru aceasta, vom trage limba dincolo de arcadele dentare. Deoarece limba este greu de prins și de tras cu degetele, fiind alunecoasă, o vom apuca cu o batistă, cu o compresă sau cu o pensă de limbă.

4) Procedăm la evacuarea și curățirea cavității bucale.

5) Pentru a menține gura deschisă și limba în poziția de dezobstruare, vom introduce policele mîinii stîngi în gură, îndoit în cîrlig și vom tracționa ventral, în timp ce mîna dreaptă împinge mandibula în aceeași direcție (în sus).

Scanned with OKEN Scanner

6) După executarea dezobstrucției, și dacă avem la dispoziție, vom introduce o sondă Guedel. Sonda sau „pipa" Guedel evită reastuparea orificiului glotic prin căderea bazei limbii. De aceea, ea se aplică în mod obligatoriu la orice accidentat comatos. Plasarea incorectă a sondei Guedel poate deveni o cauză de asfixiere.

2.3. INTRODUCEREA SONDEI GUEDEL

Deschiderea gurii este uneori greu de executat, din cauza unei hipertonii maseteriene reflexe (trismus). Pentru a menține arcadele dentare depărtate, vom introduce între premolari și molari un depărtător „de gură" sau un ghemotoc de tifon, o bucată de lemn etc., după care se poate introduce sonda Guedel.

Sonda o introducem în poziție inversă, cu cavitatea orientată cranial (spre nas), pentru a trece și a depăși arcadele dentare, care sînt mai mult sau mai puțin apropiate. Cînd vîrful sondei a atins palatul, simțim cum aceasta se oprește. În acest moment o rotim și o introducem spre hipofaringe. Sonda trebuie asigurată contra deplasării prin fixarea ei cu o bucată de fașă în jurul capului.

Dacă mandibula nu poate fi subluxată, din cauza contracției tonice a maseterilor și pentru a nu pierde timp, care este extrem de limitat din cauza asfixiei, întoarcem accidentatul în decubit ventral, sau lateral cu capul în flexie dorsală și cu fața în jos. Menținerea în această poziție o obținem ținînd capul de păr. În această situație limba nu mai poate cădea înapoi, respirația devine posibilă și cianoza se reduce treptat.

În cazurile în care nu putem face nici această manevră, de exemplu în politraumatismele cu fracturi multiple, sau dacă sonda Guedel de care dispunem nu este potrivită sau lipsește, vom recurge la un tub din cauciuc mai rigid, de cca 20—30 cm lungime. Acesta (după ce a fost uns cu vaselină) îl introducem pe una din nări, cu grija de a nu pătrunde mai jos de hipofaringe. Pentru a fi siguri că lungimea sondei introduse este corespunzătoare, vom măsura distanța nas-tragus, care corespunde distanței nas-cavum. Apariția „jetului" respirator la orificiul tubului atestă că sonda a fost plasată corect și este eficace.

În majoritatea cazurilor, prin manevrele prezentate restabilim condițiile necesare respirației. Uneori, însă, ele sînt ineficace, deoarece obstruarea interesează segmente traheobronșice mai joase.

Scanned with OKEN Scanner

2.4. RESTABILIREA ȘI CONTROLUL PERMEABILITĂȚII TRAHEOBRONȘICE

Restabilirea și controlul permeabilității traheobronșice o putem obține prin intubație orotraheală, prin intubație nazotraheală și prin traheotomie.

Intubația orotraheală este modalitatea care oferă cea mai mare securitate și eficiență pentru respirația accidentatului, permițînd și aspirarea secrețiilor bronșice. Intubația orotraheală este indicată și posibilă la accidentatul comatos, deoarece „se lasă" intubat și respirat. Intubarea orotraheală necesită o sondă specială, un laringoscop și antrenamentul corespunzător.

Intubația nazotraheală este un procedeu de necesitate. Se execută cu un tub de cauciuc, de preferință cu o sondă Nelaton mai groasă. Sonda o introducem cu blîndețe și cu o seringă mai mare aspirăm secrețiile.

Traheotomia este un act chirurgical. Executarea ei implică responsabilitatea medicală. În situații cu totul excepționale, ea rămîne însă singura soluție prin care mai putem salva viața unui accidentat. Din acest motiv ea trebuie învățată și stăpînită de orice medic, și aceasta cu atît mai mult cu cît în dotarea policlinicilor există o trusă de traheotomie (anexa nr. 3 din Normativele M.S., 1974, p. 176).

2.5. TEHNICA RESPIRAȚIEI GURĂ LA GURĂ

Salvatorul trebuie să cunoască foarte corect tehnica. Pentru corectitudinea succesiunii timpilor, L. Bejan și Gh. Gornic au propus cuvîntul mnemotehnic **HELP-ME: H**=hiperextensia capului, **E**=eliberarea căilor respiratorii, **L**=luxarea mandibulei, **P**=pensarea nasului.

Salvatorul se așază în genunchi la capul accidentatului și de partea dreaptă. Așază capul în hiperextensie. Asigură eliberarea căilor respiratorii. Luxează mandibula cu mîna dreaptă și o menține subluxată pentru a rămîne gura întredeschisă. Cu mîna stîngă pensează nasul. Aplică gura pe gura victimei și insuflă.

Pentru ca salvatorul să poată insufla sub presiune, trebuie să facă o expirație puternică, folosind musculatura expiratorie. Deoarece accidentatul are de regulă expirația activă absentă, el trebuie expirat pasiv prin comprimarea toracelui.

Din punct de vedere tehnic este greu să obținem, acționînd singuri, subluxarea mandibulei la un accidentat în decubit dorsal, astupa-

Scanned with OKEN Scanner

rea nărilor, expirația pasivă prin comprimarea toracelui și menținerea capului în poziția adecvată în flexie dorsală.

Aplicarea metodei are inconveniente subiective și obiective, atît pentru salvator, cît și pentru cel ce trebuie salvat. Subiectiv, metoda inspiră o stare de disconfort și de reținere pentru cel care trebuie să o aplice, obiectiv, există și un risc de contaminare.

2.6. RESPIRAȚIA PRIN METODA GURĂ LA NAS

Această metodă are cîteva avantaje :

1) Accidentatul poate fi menținut în decubit lateral și prin aceasta dispare riscul „căderii limbii", care este inevitabil în decubit dorsal.

2) Se poate subluxa mandibula, gura fiind închisă se previne ieșirea aerului în timpul insuflării și menținerea capului în flexie dorsală cu o singură mînă.

3) Cu cealaltă mînă se poate acționa la baza hemitoracelui activînd sau provocînd expirația.

2.7. METODA DE RESPIRAȚIE INTERNĂ CU AJUTORUL DISPOZITIVULUI DE RESPIRAȚIE ARTIFICIALĂ DIN TRUSA MEDICALĂ DE PRIM AJUTOR

Dacă dispunem de aparat și cunoaștem mînuirea lui, metoda este aplicabilă din primul moment.

Medicul efectuează respirația artificială respectînd următoarea succesiune a timpilor :

1) Asamblarea pieselor dispozitivului.

2) Pensarea nasului accidentatului.

2) Luxarea mandibulei și menținerea ei cu mîna stîngă în această poziție.

4) Cu mîna dreaptă introducem în gură capătul liber al tubului gofrat, iar piesa de gură, montată la celălalt capăt al dispozitivului, o introducem în gura victimei.

5) Cu policele de la ambele mîini apăsăm aripile laterale ale piesei de gură peste buzele victimei, iar cu celelalte patru degete exercităm o contrapresiune pe mandibulă, pentru a preîntîmpina pierderile de aer pe lîngă comisurile bucale.

Efectuăm 14—18 respirații/minut.

Scanned with OKEN Scanner

3. DIAGNOSTICUL INSUFICIENȚEI RESPIRATORII ACUTE CU RISC VITAL IMEDIAT ȘI SOLUȚIILE TERAPEUTICE PROVIZORII

Insuficiența respiratorie, în cazul unui traumatism, poate fi datorată :

— leziunilor toracopulmonare care reduc mecanofuncțional competența respirației ;

— leziunile cerebrale cu atingerea centrului respirator (comă traumatică) ;

— pierderi mari de sînge ;

— intoxicației cu gaze toxice în focarul de agresiune primară.

Traumatizatul toracic în insuficiență respiratorie acută îl recunoaștem din primul moment după culoarea cianotică, după dificultatea respiratorie manifestată prin modificări de frecvență și amplitudine, dar mai ales după intensitatea cu care este exprimat aerul în momentul expirației.

Pentru aprecierea „jetului" expirator, ne apropiem urechea de fața accidentatului. În raport cu intensitatea acestuia, vom sesiza posibilitatea unor leziuni toracopulmonare pe care le vom căuta sistematic ținînd seama de faptul că, în mare, există șase eventualități anatomo-clinice cu risc vital imediat.

Deci, prima problemă în fața unui traumatizat toracic cu semne de insuficiență respiratorie acută este de a descoperi, de a recunoaște și de a trata aceste șase eventualități lezionale și consecințele lor funcționale. Acestea sînt : 1) obstrucția căilor respiratorii superioare ; 2) fracturile costale asociate cu instabilitate toracică ; 3) pneumotoracele compresiv ; 4) pneumotoracele deschis cu traumatopnee ; 5) hemitoracele masiv ; 6) tamponada cardiacă.

3.1. OBSTRUCȚIA CĂILOR RESPIRATORII

În cazul obstrucției căilor respiratorii, în afară de cianoză, două elemente semiologice ne orientează asupra insuficienței respiratorii acute și a originii ei : mișcările ample, puternice ale toracelui și caracterul slab al jetului expirator pe care îl percepem în timpan, aplecîndu-ne capul aproape de fața accidentatului (vezi tehnica dezobstrucției căilor respiratorii 2.2).

Scanned with OKEN Scanner

3.2. FRACTURILE COSTALE ȘI INSTABILITATEA TORACICĂ

În cazul fracturilor costale, durerea poate fi suficientă pentru a produce o hipoventilație, ca urmare a blocării dinamicii respiratorii a întregului torace.

În aceste cazuri, administrarea de algocalmin i.m. și infiltrația cu procaină sau xilină 1% (5—10 ml) în focarul de fractură sau a nervilor intercostali supra și subiacenți coastei fracturate permite revenirea amplitudinii respiratorii.

Cînd fractura costală realizează un volet, se produce starea de instabilitate toracică. Voletul mobil prezintă „mișcări paradoxale", respectiv deplasarea în sens invers a voletului decît a cutiei toracice, ca urmare a pierderii continuității anatomice a coastelor. Voletul și hemivoletul sînt „aspirate" în timpul inspirației. Mișcarea paradoxală realizează „instabilitatea toracică".

Prin instabilitatea toracică înțelegem tocmai lipsa de solidaritate a unei zone din peretele toracic, și se caracterizează prin mișcarea paradoxală a voletului și prin insuficiența respiratorie acută.

Cea mai gravă formă anatomo-clinică de instabilitate toracică o constituie „toracele moale". Prin torace moale înțelegem pierderea solidarității cutiei toracice ca urmare a fracturilor costale multiple, multifocale și bilaterale. Toracele moale nu mai permite dinamica respiratorie și moartea prin asfixie este inevitabilă, dacă nu se substituie o respirație prin insuflare (vezi 2.5 ; 2.6).

Insuficiența respiratorie produsă prin volet sau prin semivolet se datorește participării a trei linii patogenice : a) durerea, b) reducerea expansiunii plămînului de partea voletului, c) aerul pendular.

Pentru a preveni adîncirea consecințelor insuficienței respiratorii, vom proceda astfel :

— primul gest : așezăm accidentatul în poziție semișezîndă de partea cu volet ;

— al doilea gest : apăsăm și imobilizăm voletul cu palma ;

— al treilea gest : înfundăm voletul cu ajutorul cîtorva fețe sau cu un ghemotoc de fîșii din veștminte, care sînt menținute în poziție prin înfășare circulară a toracelui sau de preferință cu benzi adezive ;

— al patrulea gest : suprimăm durerea, niciodată cu opiacee, de preferință cu algocalmin injectat i.m. și, dacă condițiile ne permit, vom bloca anestezic nervii intercostali corespunzători frecăturilor costale.

Scanned with OKEN Scanner

3.3. TEHNICA INFILTRĂRII ANESTEZICE A NERVILOR INTERCOSTALI

1) Accidentatul în poziție semișezîndă sau în decubit pe partea sănătoasă.

2) Ne dezinfectăm mîinile și tegumentul regiunii toracice unde urmează să efectuăm infiltrațiile.

3) Identificăm coastele a căror nervi trebuie interceptați.

4) Facem cu un ac subțire butoane de infiltrație intradermică, care trebuie să corespundă spațiilor intercostale, corespunzătoare leziunii sau leziunilor și a unui spațiu supra și subiacent acestora. Butoanele de anestezie intradermică urmăresc să reducă durerea provocată de acul mai gros, cu care se va infiltra, și marcarea unei simetrii, care în ansamblu trebuie să corespundă unei linii situată la 6—8 cm de apofizele spinoase (lățimea a 3—4 degete).

5) Adaptăm la seringă un ac pentru injecție i.m. și pătrundem perpendicular, injectînd soluție anestezică prin tegument și căutăm, „pipăind" cu vîrful acului, marginea inferioară a coastei. Acul trebuie să o depășească cu 2—3 mm.

6) În acest moment aspirăm, pentru a controla dacă acul nu este în vas, și injectăm 5 ml soluție de Procaină 1%. Repetăm manevra și pentru celelalte spații intercostale. Efectul unei infiltrări este de 4—6 ore.

7) După obținerea efectului anestezic, care este resimțit subiectiv de accidentat prin posibilitatea de a respira amplu, vom cere ca acesta să-și „golească" bronhiile printr-o tuse puternică și repetată.

Dacă timpul, condițiile și priceperea ne-o permite, vom face și alcoolizarea nervilor intercostali. Pentru aceasta este preferabil ca pentru fiecare spațiu intercostal să folosim cîte un ac, care după injectarea soluției anestezice să fie lăsat pe loc și cu fiecare din ele să injectăm 0,5—1 ml alcool etilic, rectificat.

3.4. PNEUMOTORACELE COMPRESIV SAU SUFOCANT

Prin pneumotorace compresiv sau sufocant înțelegem pneumotoracele în care aerul poate pătrunde cu fiecare inspir în cavitatea pleurală, dar care nu mai poate ieși în expir. Această formă anatomo-clinică are caracterul de a fi compresivă, datorită presiunii pozitive progresive din cavitatea pleurală care împinge și turtește plămînul, deplasează mediastinul și limitează dinamica plămînului sănătos. El este sufocant, deoarece determină o insuficiență respiratorie gravă care poate duce la moarte rapidă.

Scanned with OKEN Scanner

Condiția de producere a pneumotoracelui compresiv este ca leziunea prin care pătrunde aerul în cavitatea pleurală să se comporte ca o supapă, ca o valvă, care să permită trecerea aerului în inspirație, dar care să împiedice ieșirea lui din cavitatea pleurală în expirație.

Leziunile care funcționează ca valvă cu sens univoc corespund următoarelor trei eventualități anatomo-patologice:

— leziunile oblice de parenchim pulmonar (pneumotorax cu supapă internă) ;

— leziunea bronșică situată distal de leziunea pleurei mediastinale (pneumotorace cu supapă externă) ;

— leziunea toracoparietală oblică.

Accidentatul cu un pneumotorace sufocant este în impas respirator grav, care se agravează cu fiecare inspirație și care prezintă un risc vital major.

Tabloul clinic este dominat de dramatismul clinic : cianoză și dispnee intensă, turgescența venelor jugulare și senzația morții iminente prin asfixie.

La examenul clinic, dintr-o privire, trebuie să sesizăm bombarea asimetrică a toracelui, timpanismul și deplasarea traheei și șocului apexian spre partea controlaterală hemitoracelui patologic.

Tratamentul pneumotoracelui sufocant trebuie să-l facem cît mai repede și fără ezitare. El constă, ca prim gest, din introducerea unui ac mai gros de seringă în cavitatea pleurală la nivelul spațiului al doilea intercostal, pe linia medioclaviculară. Prin acest gest, presiunea pozitivă, care comprimă mediastinul și plămînul sănătos, scade la valoarea presiunii atmosferice ca urmare a creării pneumotoracelui, de data aceasta, deschis, care este mult mai bine tolerat.

Gestul următor, de îndată ce acesta devine posibil din punct de vedere tehnic, este de a asigura și readucerea plămînului colabat la peretele toracic.

Reexpansionarea plămînului sau exsuflația o putem obține prin asigurarea ieșirii aerului pătruns în cavitatea pleurală cu fiecare inspirație, dar fără a mai permite intrarea aerului prin acul de puncție în timpul expirației. Pentru a obține acest rezultat, la acul cu care am puncționat pleura se racordează un tub, de exemplu tubul de plastic de la o trusă de perfuzie, a cărui capăt distal îl introducem într-un borcan umplut cu 1/3 apă (sterilă) sau sol cloruro-sodică izotonă (punga) așezat la un nivel inferior de cel puțin 150 cm.

Eficacitatea montajului se evidențiază în îmbunătățirea condiției respiratorii a accidentatului și în bulele de aer care barbotează în apă nu numai în expir, ci și în inspir.

Scanned with OKEN Scanner

Din clipa în care bulele de aer ies numai în timpul expiraţiei, se poate aprecia că am obţinut o echilibrare a presiunii intrapleurale. Dacă condiţiile tehnice nu ne permit, pentru o perioadă, realizarea unui montaj în circuit închis sub apă, vom cupla la ac o sondă Nelaton sau un tub de cauciuc de 10—15 cm iar la celălalt capăt o seringă de 20 ml. Vom extrage aerul, seringă cu seringă, dar cu grijă ca, înainte de a o detaşa pentru golirea aerului, tubul de cauciuc să fie închis cu o pensă hemostatică pentru a nu menţine şi un pneumotorace deschis.

Dacă dispunem de un deget de mănuşă din cauciuc, acesta va fi tăiat la vîrf, oblic, pe cca 0,5 cm, apoi va fi introdus în ulei de parafină sau vaselină (steril) astfel ca suprafaţa internă să alunece uşor. Degetul astfel pregătit se fixează cu un fir de aţă la garda acului care a fost sau va fi introdus în pleură. Degetul de mănuşă funcţionează ca o valvă unidirecţională.

Dacă aerul continuă să iasă şi în timpul inspirului, nu numai al expirului, după ce am montat corect degajarea pleurală închisă (aerul barbotează în apă sau degetul de mănuşă se umflă în inspir), înseamnă că debitul de pierdere prin leziunea bronhopulmonară este mare şi nu poate fi acoperit de capacitatea de degajare a acului.

În asemenea situaţie devine indicată toracopuncţia, care o facem cu un trocar de paracenteză fie pe cale anterioară în spaţiul al II-lea intercostal pe linia medioclaviculară, fie pe cale posterioară în spaţiul intrascapulovertebral.

3.5. **PUNCŢIA TORACELUI** (TEHNICA)

a) Anestezierea locului de puncţionare.

b) Facem o incizie de cîţiva mm în tegumentul unde se va puncţiona. Incizia va fi transversală şi plasată la jumătatea distanţei a spaţiului intercostal.

c) Pătrundem cu trocarul în cavitatea pleurală şi scoatem mandrenul trocarului.

d) Introducem o sondă Nelaton, aleasă pe diametrul interior al toracelui sau tubul de politen dintr-o trusă de perfuzie sterilă.

e) Cu o mînă menţinem sonda pentru a nu fi scoasă şi cu cealaltă retragem şi îndepărtăm trocarul.

f) Capătul periferic al sondei îl introducem într-un borcan (steril) umplut pe o treime cu apă (sterilă).

g) Între orificiul pleural şi orificiul de ieşire al aerului trebuie să fie o diferenţă de nivel de cel puţin 150 cm.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă nici toracopuncția, care asigură un orificiu de ieșire a aerului de 3—5 mm, nu ameliorează situația, pentru salvarea vieții, devine necesară reducerea presiunii intrapulmonare din timpul expirului.

Prin reducerea presiunii intrapulmonare, produsă în faza expiratorie, se reduce și debitul de alimentare intrapleurală. Reducerea presiunii intrapulmonară se poate obține prin traheotomie de urgență.

3.6. HEMOTORACELE „MASIV"

Hemoragia intrapleurală de cauză traumatică este produsă prin efracționarea vaselor parietale, mamare interne, intercostale, a vaselor parenchimului pulmonar și a inimii sau a vaselor mari de la baza ei.

Hemotoracele poate rămîne redus, așa cum se întîmplă de regulă după rupturile pulmonare, sau să fie atît de mare încît să fie cauza morții. Hemotoracele se poate produce izolat sau să se asocieze ca pneumotoracele simplu sau ca cel sufocant.

O sîngerare intrapleurală mică, la examenul clinic, făcut în primă urgență poate trece neobservată și dacă nu depășește 200—300 ml el rămîne ca atare și la examenul radiologic.

Diagnosticul îl stabilim în aceste cazuri prin puncție pleurală precoce, înainte ca sîngele să se coaguleze.

Hemotoracele masiv poate cumula rapid pînă la 2 000—3 000 ml de sînge. El are o evoluție clinică dramatică, chiar din primele momente. Tabloul este dominat de semnele hemoragiei grave sau cataclismice și nu de insuficiența respiratorie, care nu mai are timp să se exteriorizeze și este acoperită de consecințele hipovolemiei și anemiei acute care provoacă moartea într-un răstimp de minute.

Dacă hemotoracele masiv se constituie mai lent, tabloul clinic este dominat tot de semnele hemoragiei acute și grave. Evoluția gravă și precipitată a acestor accidentați nu mai permite, de regulă, să se mai sesizeze la examenul clinic faptul că un hemotorace este mai bombat, că este mat la percuție și mut la auscultație.

Tratamentul de urgență include două obiective: să menținem un volum circulant care să permită asigurarea supraviețuirii pe durata transportului și pînă la intrarea accidentatului în dispozitivul terapiei intensive de spital și să-l transportăm rapid, în vederea intervenției chirurgicale de urgență.

Scanned with OKEN Scanner

3.7. TRAUMATOPNEEA

Închiderea imediată a unei plăgi largi penetrante a peretelui toracic este o urgență tot atît de mare ca și oprirea unei hemoragii. Prin traumatopnee înțelegem o tulburare respiratorie gravă produsă prin pătrunderea și ieșirea aerului din cavitatea pleurală ca urmare a unei plăgi largi a peretelui toracic, care realizează starea anatomo-clinică de „torace deschis". Prin „torace deschis" înțelegem comunicarea largă a cavității pleurale cu atmosfera, prin care se creează un pneumotorace deschis.

Odată cu producerea soluției de continuitate, aerul pătrunde în cavitatea pleurală cu fiecare inspir și iese cu fiecare expir. Ca urmare a dezechilibrului dinamicii toracopulmonare, plămînul din hemotoracele patologic se colabează în inspir, mediastinul se deplasează către partea sănătoasă, plămînul normal nu se mai insuflă și aerul dezoxigenat din plămînul colobat pătrunde în el (aer pendular).

Din punct de vedere ventilator, inspirul este ineficient iar, din punct de vedere hemodinamic, bascularea mediastinului antrenează o răsucire a confluenței cavoatriale cu stînjenirea întoarcerii venoase.

În expir, fenomenele decurg aproximativ pe aceleași direcții dar în sens invers. Rezultatul acestei difuncții acute ventilatorii este o insuficiență respiratorie gravă, cu risc vital imediat.

În focarul de agresiune, primul gest după ce am recunoscut cauza insuficienței respiratorii acute este să astupăm gaura din peretele toracic cu palma.

După scoaterea din focarul primar de agresiune, ocluderea palmară o înlocuim cu un pansament sau cu bucăți de pînză, un prosop, pe care le fixăm prin bandaj circular sau, mai eficace, cu benzi adezive. Benzile adezive le așezăm ca țiglele pe casă, astfel ca să asigurăm o etanșeizare bună a comunicării toracice. Astuparea nu trebuie să producă însă o etanșeizare absolută, deoarece există oricînd riscul dezvoltării unei hiperpresiuni datorate unei leziuni pulmonare asociate. Dezvoltarea unei presiuni pozitive în cavitatea pleurală are implicații respiratorii tot atît de grave ca cele ale toracelui deschis, deoarece prin el se înlocuiesc consecințele traumatopneei cu cele ale pneumotoracelui sufocant.

Dacă timpul și condițiile ne-o permit, schimbăm pansamentul aplicat la locul accidentului cu un pansament îmbibat în ulei de vaselină (steril). Acesta are avantajul că, în măsura în care se opune pătrunderii aerului în inspirație, permite și ieșirea lui în expirație. Se realizează astfel condițiile unui confort respirator și se evită în orice caz atît consecințele traumatopneei, cît și cele ale hiperpresiunii intrapleurale.

Evacuarea acestor accidentați spre spital este o urgență majoră, deoarece defectul parietal trebuie închis chirurgical fără nici o amînare.

Scanned with OKEN Scanner

3.8. TAMPONADA CARDIACĂ ŞI CONTUZIA CARDIACĂ

Introducerea tamponadei cardiace în suita insuficienţelor respiratorii acute se datoreşte faptului că ea este o consecinţă a unui traumatism toracic şi, ca atare, trebuie recunoscută şi tratată ca atare.

Prin tamponadă cardiacă înţelegem acumularea de sînge în cavitatea pericardică produsă în urma unei plăgi a inimii. Tamponada cardiacă evoluează rapid şi duce la oprirea inimii.

Rapiditatea evoluţiei depinde de debitul cu care sîngele iese prin plagă cu fiecare sistolă, iar debitul de sîngerare este în funcţie de mărimea plăgii cardiace.

Oprirea inimii este o consecinţă a stînjenirii umplerii diastolice a atriilor de sîngele care se acumulează sub presiune în sacul inextensibil al pericardului. Se apreciază că limita critică de la care se produce oprirea inimii este de 200—300 ml sînge.

Diagnosticul tamponadei cardiace este simplu cînd topografia plăgii sugerează atingerea inimii. El este însă greu la un politraumatizat cu semnele hemoragiei şi şocului traumatic, care este în insuficienţă circulatorie acută şi în dificultate respiratorie.

Triada lui Beck: hipotensiune arterială fără tahicardie, asurzirea zgomotelor cardiace şi creşterea presiunii venoase dedusă din turgescenţa venelor jugulare este un cadru mai mult teoretic în condiţiile dramatice ale acordării asistenţei de urgenţă.

Creşterea presiunii venoase este o realitate. Ea este datorată blocării întoarcerii venoase în atrii şi are valoare diagnostică în cazurile în care se poate cateteriza o venă subclaviculară, o venă jugulară sau, plecînd de la o venă a membrului superior, cateterul să fie introdus pînă în vena subclaviculară. În cazul în care presiunea venoasă centrală este mai mare de 16 cm coloană apă, se poate afirma o tamponadă cardiacă prin coroborarea acestui fapt la celelalte elemente clinice.

În cazul traumatismelor toracice trebuie să avem în vedere şi eventualitatea contuziei cardiace.

3.9. CONTUZIA CARDIACĂ

Prin contuzie cardiacă înţelegem ansamblul modificărilor funcţionale şi structurale care se produc la nivelul inimii, ca urmare a unui impact.

Impactul poate fi consecinţa unei lovituri toracice anterioare directe sau să se producă printr-un mecanism indirect, ca în cazul căderilor de la înălţime.

Scanned with OKEN Scanner

Contuzionarea inimii se produce în momentul în care peretele sternocostal se fracturează sau se înfundă, fără să se rupă, fiind elastic ca la copil. Lovirea inimii, în raport cu intensitatea impactului și cu starea structuro-funcțională a miocardului, poate produce numai tulburări funcționale pe linia spasmului arterelor coronare sau poate determina rupturi (de la rupturi vasculare ale vaselor subendocardiace pînă la ruperea valvelor).

Spasmul coronarian poate rămîne numai funcțional sau se poate complica cu tromboză și producerea unei ischemii organice a miocardului.

Tabloul clinic poate fi dominat numai de elementele traumatismului toracic, sau acestea să fie dominate de semnele ischemiei acute cardiace.

În formele severe de contuzie cardiacă, accidentatul este șocat, livid — palid, dispnee, fără puls radial sau cu un puls filiform tahicardic și aritmic. Dacă accidentatul cooperează, el se plînge de dureri precardiace de tip anginos, care au caracterul de a nu fi accentuate de respirație.

3.10. TRATAMENTUL DE URGENȚĂ AL TAMPONADEI CARDIACE ȘI TEHNICA PUNCȚIEI EVACUATOARE A PERICARDULUI

Tratamentul de primă urgență a tamponadei cardiace este puncția evacuatoare. Obiectivul este reducerea presiunii intrapericardiace. Rezultatul puncției evacuatoare poate fi spectacular după extragerea primelor seringi de sînge.

Uneori puncția poate fi lipsită de eficiență. Acesta este cazul în care suferința inimii este datorată unei contuzii sau dacă debitul de sîngerare este atît de mare încît cantitatea extrasă se reface imediat, sau dacă sîngele a început să coaguleze și nu mai poate fi extras prin aspirație.

Pentru executarea puncției pericardiace, vom proceda astfel :

Poziția semișezîndă în decubit dorsal : 1) dezinfectăm tegumentele din zona în care se va puncționa ; 2) alegem un ac mai gros și mai lung, de cca 12—14 cm ; 3) puncționarea o putem face prin două puncte : a) în stînga apendicelui xifoid, b) în spațiul al IV-lea intercostal stîng, la două laturi de deget de marginea sternului.

Dacă pătrundem pe cale joasă, paraxifoidiană, vom da acului o înclinație de 45° față de planul abdomenului. Acul îl introducem cu o orientare către vîrful sternului, deci medial și cranial.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă pătrundem prin spațiul IV intercostal stîng, acul îl împingem perpendicular pe suprafața toracelui.

Pătrunderea acului prin sacul fibros o resimțim cu mîna, iar apariția sîngelui, cu caracter închis negru, confirmă diagnosticul și adîncimea corectă a vîrfului acului.

Din poziția paraxifoidiană stîngă, adîncimea aproximativă la care trebuie să pătrundem este de cca 5 cm la copil, și de cca 7—8 cm la adult.

4. SINDROMUL DE „ASPIRAȚIE PULMONARĂ"

În categoria clinică de „aspirație pulmonară" sînt cuprinse toate eventualitățile în care în arborele traheobronhopulmonar a pătruns un material străin. „Materialul străin" poate fi gazos, ca de exemplu fumul și vaporii fierbinți din cursul unui incendiu sau al unei explozii, și lichid, prin „aspirarea de sînge", de conținut gastric sau de apă în cursul „înnecării".

Pătrunderea sîngelui în căile aeriene și aspirarea lui pulmonară se produce în traumatismele craniocerebrale, asociate cu leziuni hemoragice ale splanhnocraniului. Sîngele de la acest nivel pătrunde în arborele traheobronșic, care din cauza stării comatoase și-a pierdut competența reflexului de tuse, și moartea se produce prin asfixie, dacă nu intervenim în timp util.

Pătrunderea prin aspirație a conținutului gastric în căile respiratorii este posibilă tot numai în condițiile deteriorării reflexului de tuse, respectiv în starea de inconștiență și semiconștiență. Acestea sînt condiționate de anestezia generală, de traumatismul craniocerebral, de accidentele cerebrovasculare, de intoxicațiile medicamentoase accidentale sau voluntare, de intoxicația cu alcool și în cursul resuscitării cardiorespiratorii. Pătrunderea de lichide „din afară" se referă la apă, respectiv la înecare.

4.1. ÎNECAREA ÎN APĂ DULCE ȘI ÎN APĂ SARATĂ

Înecarea se poate produce brusc, ca urmare a pierderii conștiinței. Pierderea conștiinței și suprimarea funcției cardiorespiratorii poate fi consecința unui infarct cardiac, leziunilor cerebrale produse de un traumatism cranian sau poate să se producă reflex, în momentul pătrunderii apei în nas sau urechi, sau prin „hidrocuție".

Scanned with OKEN Scanner

Prin hidrocuție înțelegem o sincopă cardiorespiratorie declanșată la un organism hipersensibil la contactul tegumentelor cu apa în momentul imersiei (sau uneori, la ieșirea din apă).

Moartea prin înecare este în esență o asfixie acută. Asfixia acută se desfășoară de-a lungul a cîtorva minute.

4.2. PRINCIPIILE ASISTENȚEI DE URGENȚĂ AL ÎNECAȚILOR

Reanimarea înecaților este făcută, în majoritatea cazurilor, în afara oricărei calificări și adesea în afara „timpului terapeutic". Aceasta explică numărul mare al cazurilor pierdute.

Salvarea înecatului este posibilă în 90% din cazuri după un minut de la începerea asfixiei, în 75% după trei minute, în 25% după 6 minute și numai în 3% după 8 minute.

Factorul comun al înecării este asfixia, hipoxemia arterială și acidoza. Aceste modificări depășesc prin viteza lor de producere liniile patogenice impuse de tonicitatea apei, hipo sau hipertone.

Obiectivele sînt: scoaterea apei din plămîni, asigurarea oxigenării, restabilirea funcțiilor cardiorespiratorii și menținerea funcțiilor restabilite.

Oxigenarea prin respirație gură la gură ar trebui începută chiar înaintea scoaterii victimei din apă. Manevra de extragere a apei din plămîn este inutilă și periculoasă în înecul în apă dulce. Este inutilă, deoarece apa alveolară difuzează în capilare în 2—3 minute și este periculoasă, deoarece întîrzie manevrele de oxigenare. În cazul înecării în mare, încercarea de evacuare a lichidului este un gest obligatoriu.

La insuflarea aerului în sindromul de aspirație pulmonară se va ține seama că ea trebuie să fie făcută de trei ori cu mai multă putere decît pe un plămîn normal, deoarece plămînul „înecat" se lasă insuflat cu greutate datorită spasmului bronșiolar, atelectaziei pulmonare și prezenței peliculei de lichid aspirat care împiedică, chiar dacă este foarte subțire, trecerea gazelor.

Resuscitarea respiratorie și cardiacă la locul accidentului o facem după tehnicile descrise. Pentru înecații în apă dulce se indică injectarea de furosemid și exsanguinotransfuzie, pentru cei înecați în apa de mare perfuzarea de soluție clorurosodică izotonă. Este de reținut că, numai în 15% din cazuri inundația pulmonară asociază modificări electrolitice mortale.

Scanned with OKEN Scanner

4.3. ASPIRAȚIA PULMONARĂ A CONȚINUTULUI GASTRIC (SINDROMUL MENDELSON)

Aspirația pulmonară de lichid gastric are consecințe respiratorii grave, adesea mortale. Pătrunderea unei cantități de lichid de cel puțin 50 ml la nivelul pulmonar condiționează o obstrucție mecanică a cărei efect se sumează la hipoventilația produsă prin spasmul bronșic.

Aciditatea lichidului gastric constituie linia patogenică care dă nota de gravitate. Efectele acidului clorhidric începînd de la un pH de 2,4. Ele sînt de tipul arsurii chimice. După 12—18 secunde de la contactul dintre conținutul acid și substratul alveolocapilar se produce necroza acestuia.

4.4. ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN ASPIRAȚIA PULMONARĂ A CONȚINUTULUI GASTRIC

Distrugerile ireversibile se produc în primele minute.

Obiective : precocitatea și rapiditatea execuției îngrijirii. Direcții : limitarea difuziunii pulmonare a aspiratului, asigurarea oxigenării, refacerea volumului circulant, prevenirea infecției.

1) Culcăm accidentatul în decubit lateral drept, în plan decliv și cu capul mai jos.

2) Asigurăm permeabilitatea căilor respiratorii superioare.

3) Aspirăm endotraheal cu o sondă sau cu un tub de cauciuc subțire montat la o seringă. Spălarea cu soluții izotone, saline sau de bicarbonat, ca și introducerea locală de cortizon sînt contraindicate !

4) Respirăm gură la gură, căutînd să obținem o presiune crescută de insuflare ; introducem sonda nazală pentru oxigenare.

5) Administrăm cortizon i.v. în doze mari.

Cortizonul este eficace numai dacă este administrat în primele cinci minute de la aspirație !

6) Administrăm penicilină de „protecție“ în megadoze sau ampicilină.

7) Evacuăm de urgență accidentatul într-o unitate de terapie intensivă.

4.5. DRENAJUL PRIN POSTURĂ

Prin drenaj postural înțelegem crearea condițiilor mecanice care să favorizeze scurgerea lichidului din alveole și bronhiole în bronhii, în trahee și laringe. Pentru a obține acest efect, toracele trebuie așezat în-

Scanned with OKEN Scanner

tr-un plan cît mai apropiat de verticală, întîi pe o parte apoi pe alta, astfel ca fiecare plămîn să intre în incidența planului înclinat.

Eficiența drenajului spontan prin postură este redusă. Pentru a-i mări randamentul, se recurge la bătaia viguroasă cu palma deschisă a hemitoracelui supus drenajului. Loviturile se aplică în faza de expirație.

4.6. TUSEA ASISTATĂ

Prin tuse asistată înțelegem manevra prin care se urmărește amplificarea efectului drenant „expectorant" a tusei spontane.

Tusea asistată o aplicăm :

— unui accidentat care are respirație spontană și care a fost supus drenajului prin postură ;

— unui accidentat în dificultate ventilatorie, înainte de a începe respirația artificială, manuală sau instrumentală, după o perioadă de cîteva minute de la începerea ventilației.

Pentru a obține efectul „expectorant", apăsăm cu ambele mîini baza toracelui și vom executa sacadat cîteva comprimări, ca și cum am urmări scoaterea aerului din plămîni. În cazul cînd bolnavul răspunde ordinului de a tuși, vom urmări ca apăsările să corespundă ritmului tusei.

Nu vom aplica manevre tusei asistate în următoarele trei eventualități :

— în traumatismele craniului, pentru a evita riscurile creșterii presiunii intracraniene ;

— în traumatismele vertebromedulare cervicodorsale, datorită riscului de producere sau de agravare a leziunilor medulare ;

— în traumatismele toracice, datorită riscului de agravare a fracturilor costale.

În cazurile în care bolnavul nu poate executa evacuarea bronșică prin tuse spontană și nici nu putem aplica metoda tusei asistate, recurgem la aspirarea cu seringa, montată la o sondă. Sonda se introduce pe cale orală sau nazală, așa cum s-a arătat mai sus.

Ori de cîte ori este cazul, nu se va ezita de a aplica drenajul prin postură, tusea asistată și aspirația simplă, deoarece în marea majoritate a cazurilor ele asigură ventilația. Aceasta, chiar dacă nu acoperă nevoile respiratorii reale, asigură supraviețuirea pînă la aplicarea intubației traheale, singura modalitate care permite o aspirație controlată, o ventilație eficace.

În cazurile în care obstruarea căilor respiratorii s-a produs ca urmare „a înghițirii" accidentale a unor corpuri străine, eventualitatea des

Scanned with OKEN Scanner

întîlnită la copii, vom recurge la aplicarea de lovituri scurte și ritmice pe spatele flectat al accidentatului, la nivelul omoplaților. Prin această manevră intensificăm frecvența și forța tusei și obținem de regulă îndepărtarea obstacolului.

5. RESUSCITAREA INIMII

Prin resuscitarea cardiacă înțelegem ansamblul măsurilor imediate prin care se urmărește repunerea în funcțiune a unei inimi oprite și suplinirea acesteia pînă la reluarea activității spontane. Sincopa cardiacă sau stopul cardiac se produce după primul sau al doilea minut de la oprirea respirației. Sincopa respiratorie antrenează aproape imediat sincopa cardiacă.

Astfel, atît stopul cardiac, cît și cel respirator sînt din punct de vedere practic aproape concomitente, realizînd o sincopă cardiorespiratorie.

Diagnosticul de sincopă cardiacă trebuie stabilit din prima clipă. Din acest motiv, pentru a nu pierde timp nu vom recurge la ascultarea inimii, nu vom căuta bătăile ei cu palma aplicată pe torace și nici pulsul periferic, radial. Primul gest constă din căutarea pulsațiilor arterei carotide.

Palparea pulsului carotidian o facem cu degetele 2—4 aplicate la jumătatea feței ventrolaterale a gîtului, dedesubtul liniei care unește marginea cranială a laringelui cu marginea medială a mușchiului sternocleoidomastoidian. Absența pulsațiilor la nivelul arterei carotide este semnul de certitudine al sincopei cardiace. Semnele care însoțesc oprirea bătăilor inimii, în afara absenței pulsului carotidian, sînt stopul respirator, stare de inconștiență și midriaza bilaterală.

În cazul în care activitatea și performanțele pompei cardiace tind spre zero și cantitatea de sînge pe care pompa o mai poate exprima în linia arterială devine extrem de redusă. Din acest motiv, pulsul radial nu se mai percepe și de cele mai deseori nici cel carotidian.

Această prăbușire a performanței pompei cardiace se produce în urma unei hipovolemii acute necompensate, cum ar fi în starea de șoc post-hemoragic, la accidentații în hipotermie gravă, în cazurile de intoxicație cu barbiturice și în hipotensiunea ortostatică urmată de lipotimie.

În cazul stopului cardiac propriu-zis, prin asistolie, activitatea inimii se oprește și circulația încetează brusc. Așa se întîmplă în electrocutări, în intoxicațiile cu CO, și în șocul grav.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul fibrilației ventriculare, lipsa de contracție simultană, sinergică a fibrelor miocardului fac ca performanța ventriculară să scadă și să nu mai poată pompa în linia arterială sistemică și pulmonară. Asemenea situații se întîlnesc la electrocutați, în infarctul miocardic, la înecații în apă dulce.

5.1. TEHNICA ȘI TACTICA RESUSCITĂRII INIMII

Pentru demararea reanimării care să aibă succes avem la dispoziție numai 3 minute.

1) Întreruperea activității inimii înseamnă oprirea circulației.

2) Începerea imediată a masajului cardiac extern este mai importantă decît stabilirea cauzei care a dus la oprirea inimii.

3) Biologia sistemului nervos central nu tolerează decît 180 secunde de anoxie.

4) Apărarea sistemului nervos central de lipsa oxigenării se face prin respirație artificială prin insuflare. Ea trebuie începută odată cu masajul cardiac extern.

5) Masajul cardiac extern este metoda care se aplică din momentul opririi inimii și, dacă este necesar, pe toată durata transportului pînă la trecerea accidentatului în condițiile de asistență ale spitalului.

6) Scopul masajului cardiac este de a produce la nivelul pompei cardiace emisii asemănătoare celor produse prin sistolă, capabile să asigure o deplasare de sînge din ventriculi către creier și miocard.

Masajul cardiac extern este o metodă manuală de execuție simplă și eficace, dacă o aplicăm corect, în timp util și susținută prin asigurarea unei respirații concomitente și adecvate. Principiul metodei constă în deplasarea ritmică, în secuse, a sternului către coloana vertebrală în scopul de a comprima inima și de a produce deplasări ale sîngelui de tip sistolic în arterele carotide și coronare.

5.2. TEHNICA MASAJULUI CARDIAC EXTERN

Metoda masajului cardiac extern, după tehnica lui Kouwenhowen, o executăm pe accidentatul întins în decubit dorsal pe un plan dur.

1) Ne așezăm lateral de accidentat, în picioare sau, dacă acesta este la sol, în genunchi.

Scanned with OKEN Scanner

2) Aplicăm mîna stîngă pe treimea inferioară a sternului. Contactul se ia numai cu talonul mîinii în timp ce degetele se menţin ridicate. Respectarea topografică a aşezării mîinii urmăreşte evitarea fracturării coastelor.

3) Aşezăm mîna dreaptă în aceeaşi poziţie peste mîna stîngă.

4) Apăsarea o exercităm cu membrele superioare menţinute în extensie, o facem cu toată greutatea corpului, urmărind ca forţa de apăsare să se transmită strict prin suprafaţa regiunii carpiene.

Apăsarea trebuie să fie scurtă, energică şi cu o frecvenţă de cca 60/minut. Executarea corectă a apăsării trebuie să producă o deformare a sternului cu o săgeată de 3—6 cm. Rezultatul masajului cardiac extern devine evident clinic după primele minute de la aplicare, deoarece reoxigenarea sîngelui arterial începe numai după cca 1 minut de la iniţierea acţiunii.

În acest caz culoarea tegumentelor se schimbă, devin mai rozate, midriaza se reduce, pulsul redevine perceptabil la nivelul arterelor mari (carotidă femurală), iar tensiunea arterială atinge valori auscultatorice de 5—7 cm Hg.

Dacă masajul cardiac nu-şi manifestă eficienţa şi se presupune o fibrilaţie ventriculară, sîntem obligaţi să continuăm acţiunea de resuscitare pînă la controlul traseului electric şi al defibrilării electrice, ambele posibile numai într-o unitate de terapie intensivă sau într-o unitate mobilă echipată antişoc. Masajul cardiac extern nu este eficient dacă coexistă o insuficienţă respiratorie. Din acest motiv, asigurarea unei ventilaţii pulmonare adecvate este obligatorie. Pentru aceasta avem la dispoziţie două posibilităţi : insuficienţa gură la nas şi asocierea ventilaţiei după metoda Silvester. Aceasta trebuie completată cu administrarea de oxigen ori de cîte ori dispunem de dotarea corespunzătoare.

Cuplarea masajului cardiac extern cu ventilaţie se face astfel : bolnavul în decubit dorsal pe plan dur. După ce asigurăm permeabilitatea căilor respiratorii şi dacă o avem, se introduce o sondă Guedel.

1) Ne aşezăm în genunchi la capul accidentatului şi în dreapta.

2) O a doua persoană se aşază tot în genunchi în dreptul toracelui.

3) Persoana de la cap efectuează o insuflaţie profundă a plămînilor prin metoda gură la gură, după care cea de-a doua persoană efectuează cîte cinci compresiuni succesive ale toracelui pentru a realiza masajul cardiac extern. Gesturile se succed alternativ, respectînd ciclul de 1 : 5.

Eficienţa masajului cardiac extern se controlează de către primul salvator care, cu degetele de la mîna dreaptă plasate pe traiectul carotidei, confirmă de fiecare dată cînd simte pulsul la arteră prin exclamaţia „da".

Scanned with OKEN Scanner

Dacă în cursul compresiunii toracice efectuate în cadrul masajului cardiac extern nu se palpează pulsul la nivelul arterei carotide, aceasta poate avea o dublă semnificație :

— tehnica de execuție este incorectă, compresiunea insuficientă sau efectuată la un nivel nepotrivit ;

— mușchiul cardiac este flasc și nu permite umplerea cavităților cardiace și expulzarea sîngelui din ele.

De reținut că, instalarea respirației spontane poate să întîrzie după ce inima își reia activitatea în urma masajului cardiac extern. De aceea, după reluarea bătăilor inimii, respirația artificială trebuie continuată pînă ce accidentatul este capabil să respire singur, spontan și regulat și pînă ce se reinstalează majoritatea reflexelor de apărare.

Cînd medicul este singur, va asocia masajul cardiac cu respirația externă. Pentru cuplarea masajului cardiac extern cu respirația manuală externă, după Silvester, se procedează astfel :

1) accidentatul la sol în decubit dorsal cu un sul de veștminte introduse sub coloana cervicodorsală ;

2) medicul se așază cu un genunchi la capul acestuia, îi prinde amîndouă mîinile și i le așază pe regiunea mediosternală.

Exercită apăsări scurte dar puternice. Trebuie obținuți 3—6 cm de înfundare a sternului. Această secvență cumulează efectul masajului cardiac și al expirației active. Pentru inspirație se procedează la ducerea membrelor superioare ale accidentatului, paralel de-a lungul capului pînă ce mîinile acestuia ating solul. Pentru a menține un raport corect între aceste mișcări se va respecta succesiunea ciclului 5 : 1.

5.3. MASAJUL CARDIAC EXTERN LA NOUL-NĂSCUT ȘI LA SUGAR

Pentru a executa un masaj cardiac extern la noul-născut și la sugar, vom proceda astfel :

— sugarul în decubit dorsal ;

— mîna dreaptă o așezăm sub torace ;

— cu două degete de la mîna stîngă plasate în treimea medie a sternului executăm apăsări scurte și ritmice, cu o frecvență de 80—100 apăsări pe minut.

Plasarea degetelor mai sus decît la adult se datorează faptului că diafragmul la sugar este într-o poziție mai înaltă. Apăsarea degetelor trebuie să fie în același timp fermă și blîndă pentru a fi eficace, dar fără riscul producerii de leziuni.

Scanned with OKEN Scanner

5.4. REGULILE RESUSCITĂRII CARDIORESPIRATORII

1) Începe resuscitarea cît mai precoce, în mai puțin de 5 minute și dacă se poate înainte de a fi trecut primele 3 minute de la stopul cardiorespirator.

2) Începe respirarea cu 5 respirații puternice.

3) Începe masajul cardiac extern și respiră o dată între 5 compresiuni.

4) Nu întrerupe niciodată resuscitarea cardiorespiratorie mai mult de 5 secunde, atîta timp cît respirația și inima nu și-au reluat funcția.

6. OXIGENOTERAPIA ÎN CONDIȚIILE ASISTENȚEI DE URGENȚĂ

Oxigenul se administrează pe cale nazală și orală. *Oxigenarea pe sondă nazală.* Pentru ca administrarea să fie eficace trebuie respectate următoarele :

1) Sonda să aibă un capăt bont, rotunjit cu foarfeca, pentru a nu produce răniri ale mucoasei, și cîteva orificii laterale. Vom folosi de obicei o sondă tip Nelaton cu diametrul mic.

2) Sonda introdusă corect nu trebuie să depășească rinofaringele. Dacă ea este introdusă mai profund, la un accidentat conștient pot apărea grețuri și vărsături datorită iritației produse la nivelul luetei. Dacă este introdusă prea puțin, rămîne în fosa nazală. În acest caz se pierde o mare parte de oxigen. Pentru a evita acest inconvenient — măsurăm distanța nare-tragus care corespunde distanței nare-cavum.

3) Introducerea o facem cu blîndețe pe o direcție perpendiculară la planul frontal al feței.

4) Sonda o fixăm cu benzi de leucoplast. Una se aplică pe obraz și a doua pe frunte.

5) Deoarece oxigenul pătrunde într-un sistem deschis, neetanș, se pierde o mare parte din el, mai ales în cursul expirației. Pentru a acoperi pierderile se va oxigena cu un debit corespunzător. Debitul de administrare va fi de 6—12/minut. În aceste condiții se realizează o îmbogățire cu 40% a aerului respirat.

Scanned with OKEN Scanner

7. CLINICA HEMORAGIILOR ACUTE GRAVE

În fața unei hemoragii grave, se impun trei probleme :

1) stabilirea diagnosticului de hemoragie, nivelul la care se produce și cauza care a determinat-o ;

2) aproximarea cantității pierdute ;

3) instituirea imediată a tratamentului.

7.1. DIAGNOSTICUL DE HEMORAGIE

Diagnosticul de hemoragie poate fi evident, ușor sau greu de făcut. În hemoragia externă, diagnosticul este evident. În hemoragia internă exteriorizată, diagnosticul este ușor. Precizarea nivelului la care s-a produs sîngerarea și cauza ei pot fi însă greu de stabilit, iar uneori imposibil numai prin examenul clinic. În hemoragia internă neexteriorizată, diagnosticul de hemoragie se bazează în primul rînd pe manifestările sistemice ale hemoragiei. La acestea trebuie asociate semnele de localizare.

7.2. SEMNELE CLINICE ALE HEMORAGIILOR ACUTE GRAVE

Hemoragiile grave se manifestă prin semne locale și generale. **Semnele locale.** În hemoragia externă semnele sînt evidente. Cel mai adesea este posibilă și stabilirea originii ei arteriale sau venoase. Semnele locale preced cu cîteva clipe semnele generale. În hemoragia internă, semnele locale apar după un interval variabil de la producerea manifestărilor sistemice și sînt indirecte.

7.3. ASPECTUL GENERAL AL HEMORAGICULUI

Aspectul general al hemoragicului este dramatic și atestă gravitatea situației. Paloarea atrage atenția din primul moment.

În lumina artificială paloarea este mai puțin evidențiată și din acest motiv vom căuta conjonctiva palpebrală inferioară și patul unghial care este o „fereastră spre rețeaua capilară". În cazul în care paloarea patului unghial nu este concludentă, vom apăsa unghia aproape de vîrful ei. Jumătatea ei distală se va albi. Reducînd progresiv apăsarea, recolorarea

Scanned with OKEN Scanner

poate fi imediată sau să nu se facă. Compararea cu propria noastră culoare este sugestivă.

Tegumentele sînt reci și bolnavul are o puternică senzație de frig, uneori frisoane.

Respirația este rapidă și superficială. Hemoragicul manifestă o „sete de aer proaspăt".

Din cauza hipoxiei hemoragicul rămîne rar liniștit. De obicei el este agitat și înspăimîntat. Cel mai adesea el este lucid și fără tulburări de conștiință.

Uneori este obnubilat și greu de scos din starea de torpoare. Hemoragicul prezintă o sete chinuitoare de lichide datorită deshidratării. Are ameteli, tulburări vizuale sub formă de scotoame scînteietoare, amauroză trecătoare, senzația că „se pierde", de leșin și tinitus sub formă de țîrîituri în urechi.

Pulsul este frecvent, peste 100 bătăi pe minut, regulat dar slab, „mic", „fugind" de sub degete. În cazurile în care pulsul radial este imperceptibil, îl vom căuta la nivelul unei artere mari, femurală sau carotidă. Dispariția pulsului este un semn de mare gravitate.

În cazurile îndoielnice în care este sigur că tabloul clinic este datorat hemoragiei, se va urmări la intervale de minute pulsul. Dacă frecvența lui crește, aceasta este un semn de hemoragie.

7.4. TENSIUNEA ARTERIALĂ

Ca urmare imediată a hipovolemiei acute, tensiunea arterială se prăbușește. Prin intrarea în funcție a autocompensării, tensiunea arterială se poate regrupa și pentru o perioadă variabilă ea poate să se mențină la valori apropiate de normal.

Două semne sînt esențiale : „pensarea" presiunii diferențiale și căderea valorii sistolice sub 60 mmHg. La începutul hemoragiei scade tensiunea maximă, în timp ce tensiunea minimă se menține apropiată de valoarea normală. Acesta este semnul „pensării diferențialei". Se admite că pensarea diferențialei se produce cînd pierderea se apropie de 30%, respectiv 1 000—1 500 ml sînge din volumul circulant.

În măsura în care hipovolemia se menține prin incompetență compensării sau prin faptul că hemoragia continuă, tensiunea arterială maximă coboară sub 60 mmHg, în timp ce minima nu mai este sesizabilă.

Regulă : diagnosticul de colaps se confirmă prin prăbușirea tensiunii sitolice sub valoarea amintită ; din acest motiv, tensiunea arterială trebuie urmărită la intervale apropiate. Dacă curba pulsului crește și cea a tensiunii arteriale scade, prăbușirea circulatorie este iminentă.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care se cunoaşte tensiunea arterială avută anterior de hemoragie, se poate deduce cu oarecare aproximaţie cantitatea de sînge pierdută. Astfel, pentru o T.A. anterioară de 140/80 mmHg :

T.A. max. 120 s-a pierdut cca 15—20% din valoarea volumului circulant,

T.A. max. 100 s-a pierdut cca 25—30% din valoarea volumului circulant,

T.A. max. 80 s-a pierdut cca 35—40% din valoarea volumului circulant,

T.A. max. 60 s-a pierdut cca 45—50% din valoarea volumului circulant.

Elementele stetacustice nu sînt patognomonice ; zgomotele inimii sînt asurzite şi se sesizează frecvenţa mare a bătăilor. Uneori se poate auzi un zgomot de galop.

7.5. GOLIREA VENELOR SUBCUTANATE

Hipovolemia acută se exprimă şi prin stare de colaborare a venelor subcutanate şi prin greutatea sau imposibilitatea de a fi punctionate datorită stărilor de vacuitate spastică.

7.6. SINCOPA POSTHEMORAGICĂ

Prin sincopă înţelegem o pierdere bruscă şi de scurtă durată a conştiinţei, însoţită de suspendarea respiraţiei şi circulaţiei dar care este de regulă spontan reversibilă.

Sincopa de origine hemoragică este un accident precoce. Ea nu se produce în mod obligatoriu în orice hemoragie şi nici nu este în raport cu debitul de sîngerare.

Tabloul clinic este dramatic. Odată cu pierderea brutală a conştiinţei, bolnavul devine de o paloare extremă, cade, se prăbuşeşte, respiraţia devine superficială dar cel mai adesea se opreşte. Pulsul periferic este nepalpabil, iar zgomotul inimii este asurzit. După un interval de la cîteva secunde pînă la 1—2 minute, conştiinţa reapare, iar funcţia cardiorespiratorie se regrupează.

Sincopa trebuie deosebită de lipotimie, care constă tot din pierderea bruscă a conştiinţei asociată cu relaxarea musculară parţială sau completă, deci bolnavul se poate prăbuşi, dar neînsoţit de suspendarea acti-

Scanned with OKEN Scanner

vității cardiorespiratorii. Lipotimia se produce tot ca urmare a unei irigații cerebrale insuficiente, datorită prăbușirii presiunii arteriale. Lipotimia este și ea spontan reversibilă. Ea poate fi premonitorie a sincopei.

7.7. COLAPSUL HEMORAGIC

Prin colaps, în general și implicit și cel posthemoragic, înțelegem un sindrom clinic caracterizat prin prăbușirea circulației și care se manifestă prin prostrație sau prin pierderea conștiinței, prin prăbușirea tensiunii arteriale, prin puls periferic frecvent și mic sau imperceptibil și prin transpirații reci-profuze.

7.8. ȘOCUL POSTHEMORAGIC

Prin șoc hemoragic înțelegem o stare clinică evolutivă gravă, care este cel mai adesea ireversibilă și se termină prin moarte.

Șocul hemoragic apare în orele care urmează unei hemoragii mai mari chiar dacă aceasta a fost oprită. Apariția și dezvoltarea șocului hemoragic se datorește lipsei de refacere a volumului circulant în timp util. Din acest motiv, într-o hemoragie trebuie să intervenim înaintea constituirii premiselor patogenice ale ireversibilității.

8. TRATAMENTUL HEMORAGIEI ACUTE

Tratamentul unei hemoragii este o urgență majoră, iar salvarea vieții depinde de precocitatea aplicării lui. Tratamentul hemoragiei constă din două acțiuni, care sînt de importanță și prioritatea egală: oprirea sîngerării și înlocuirea sîngelui pierdut.

8.1. HEMOSTAZA PROVIZORIE

Prin hemostază provizorie înțelegem actul de a opri o sîngerare prin mijloace care nu pot fi lăsate să acționeze decît un timp limitat.

Hemostaza provizorie este un act de necesitate impus de riscul vital al hemoragiei.

Scanned with OKEN Scanner

În fața unei hemoragii situația este dominată de criza de timp pentru viața care se pierde, de emoția medicului și de panica celor din jur.

8.2. HEMOSTAZA ÎN LEZIUNILE VASCULARE PERIFERICE

8.2.1. COMPRESIUNEA DIGITALĂ ÎN PLAGĂ

Primul gest într-o hemoragie este aplicarea imediată a mîinii sau degetelor pe locul de sîngerare. Introducerea degetelor într-o plagă care are un debit de sîngerare mare este licită și asigură oprirea ei. Deoarece totul se petrece în secunde, este natural ca riscul de infecții trece pe un plan secundar, problema esențială fiind salvarea vieții.

8.2.2. COMPRESIUNEA MANUALĂ ÎN PUNCTELE DE ELECȚIE

Prin compresiune digitală în locurile de elecție se suprimă circulația arterială în teritoriul aferent corespunzător și hemoragia poate fi astfel controlată.

Pentru plăgile din teritoriul arterei faciale vom comprima la nivelul mandibulei.

În cazul hemoragiilor de la nivelul gîtului, compresiunea se exercită în dreptul tuberculului lui Chassegniac, degetele apăsînd ventral pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian.

În cazul plăgilor umărului, vom comprima artera subclaviculară pe prima coastă, prin insinuarea indexului sau policelui în sens distal (caudal), în depresiunea supraclaviculară.

Hemoragiile de la nivelul membrului superior le vom controla prin compresiunea exercitată de degetele mîinii asupra arterei humerale.

În leziunile aortei terminale și a vaselor iliace, vom căuta să comprimăm vasele cu pumnul, apăsînd puternic, pînă în coloană, cu toată greutatea corpului.

În cazul plăgilor arterei femurale, compresiunea o vom face pe traiectul ei, proximal de plagă, digital sau cu podul palmei, cu toată greutatea corpului.

Prin compresiune digitală se obține o hemostază promptă și eficace. Din această cauză, metoda este salvatoare, în schimb are dezavantajul că nu poate fi menținută un timp mai îndelungat din cauza oboselii celui care o execută și dificultății de a manevra rănitul.

Hemostaza provizorie prin compresiune trebuie înlocuită imediat cu hemostaza provizorie prin compresiunea circulară a membrului.

Scanned with OKEN Scanner

8.2.3. HEMOSTAZA PRIN COMPRESIUNE CIRCULARĂ

Eficiența metodei se bazează pe apăsarea circulară, concentrică a părților moi, care la rîndul lor exercită apăsarea și turtirea vaselor.

Compresiunea circulară este o metodă de necesitate, este eficientă, salvează viața, dar trebuie aplicată cu indicații clare și pe o durată cît mai scurtă, deoarece ea produce leziuni ale extremității și poate pune în pericol viața accidentatului după suprimarea ei.

Compresiuna circulară o putem realiza prin mijloacele improvizate, avute la îndemînă. Această hemostază improvizată trebuie și ea înlocuită, de îndată ce devine posibil, printr-o compresiune circulară elastică, respectiv prin punerea unui garou sau a manșetei aparatului de măsurat T.A. Garoul se poate aplica prin înfășurarea circulară simplă sub tensiune, realizînd 1 sau 2 înfășurări.

Compresiunea circulară se aplică deasupra locului de sîngerare a unei artere sau dedesubtul plăgii, cînd sîngerarea este sigur numai de cauză venoasă. Garoul îl aplicăm, după situație, direct pe tegumente, peste pansament, sau peste îmbrăcăminte. Strîngerea circulară corectă face ca sîngerarea să se oprească, iar tegumentele extremității excluse circulator să devină din cauza ischemiei alb-livide.

O constricție insuficientă în leziunile concomitente ale arterei și venei nu oprește sîngerarea ci o accentuează, deoarece, prin colateralele arteriale mai ajunge sînge în periferie, în timp ce, prin colateralele venoase turtite circulația este suprimată. Ceea ce mărește hemoragia este astfel staza venoasă, care se degajă prin brеșa venei lezate.

Pentru a reduce stricțiunea concentrică și pentru a face ca efortul mecanic să acționeze mai limitat, numai asupra zonei vaselor, vom introduce o fașă sau o alcătuire similară între garou și tegument. Fașa o plasăm pe axul arterei și peste ea, astfel menținută, se face garotarea.

Capetele garoului le fixăm cu două pense puternice, astfel ca să fie menținut pe durata transportului. Peste pense vom trece cîteva ture de fașă, astfel ca ele să nu fie smulse sau deplasate și cel care însoțește accidentatul va urmări permanent montajul. Compresiunea circulară nu poate fi aplicată în plăgile vaselor de la rădăcina membrelor.

În aceste situații putem proceda după cum urmează : pentru artera axială, după aplicarea garoului, pentru ca acesta să nu derapeze, va fi ancorat cu ajutorul unei contraprize sau pe o tije metalică sterilă trecută prin părțile moi ale umorului.

La o hemoragie produsă la nivelul rădăcinii coapsei (femurala comună, iliaca externă), hemostaza se obține „țintit" aplicînd garoul oblic peste o fașă plasată pe traiectul vaselor.

Garoul se menține în poziție prin ancorarea lui de relieful iliacului contralateral sau la o tije subțire metalică trecută prin părțile moi ale șoldului.

Scanned with OKEN Scanner

8.2.4. RESPONSABILITATEA APLICĂRII ŞI MENŢINERII COMPRESIUNII CIRCULARE

Aplicarea unui garou implică o responsabilitate mare pentru cel care a indicat şi efectuat acest tip de hemostază provizorie. Plasarea unui garou trebuie să fie motivată prin indicaţia vitală şi prin imposibilitatea de a transforma rapid acest tip de hemostază în hemostaza provizorie „ţintită" pe vasul care sîngerează sau în hemostaza definitivă.

Consecinţele garoului încep odată cu plasarea lui, se constituie şi se agravează în prima oră şi încep să devină ireversibile după această durată. Consecinţele compresiunii circulare sînt locale, regionale şi sistemice. Local, apăsarea exercitată de garou asupra ţesuturilor şi în special asupra muşchilor produce leziuni ischemice. Regional, în teritoriul subiacent comprimării se exprimă consecinţele ischemiei.

Cele mai sensibile structuri la ischemie sînt terminaţiile nervoase ale nervilor somatici. Aceasta explică precocitatea durerilor care devin atroce din primele minute de la aplicarea garoului.

Nervii comprimaţi şi ischemiaţi pot, după depăşirea timpului critic de 60—120 de minute, să se degradeze structurofuncţional producînd paralizii definitive. Musculatura are o toleranţă la ischemie de 4—6 ore.

Consecinţele sistemice apar din momentul ridicării garoului. Gravitatea lor este în raport cu durata timpului de ischemie, cu temperatura ambiantă pe durata excluderii circulatorii şi cu masa de ţesut ischemiat.

Ansamblul tulburărilor sistemice a căror gravitate evoluează pot duce la moarte sînt cuprinse sub numele de „şoc de garou".

Clinic, această stare se caracterizează prin prăbuşirea circulatorie. Ea se manifestă prin hipotensiune şi dispariţia pulsului periferic, adică prin semnele colapsului vascular periferic. Aceste tulburări se datoresc invaziei masive a organismului de către substanţele produse şi acumulate în ţesuturile din teritoriul ischemiat.

Evitarea producerii leziunilor locale, generale şi a celor sistemice este posibilă prin limitarea la minimum a duratei de garotare, respectiv să nu depăşească 30—60 de minute şi prin reducerea masei de ţesut în ischemie, prin plasarea garoului cît mai aproape de nivelul plăgii.

În cazurile în care durata transportului se prelungeşte, la fiecare 30 de minute garoul va fi slăbit 5—10 minute. În acest timp, hemostaza va fi asigurată prin compresiunea digitală în locul de elecţie corespunzător. Această manevră asigură reoxigenarea ţesuturilor prin pătrunderea sîngelui prin reţeaua colaterală. După aceasta, garoul se strînge din nou, dar deplasîndu-l mai cranial.

Manevrele de decomprimare vor fi făcute numai de medic şi pe un accidentat cu o venă cateterizată şi perfuzat, deoarece colapsul poate apare şi după o perioadă de garotare scurtă. Este de reţinut că decom-

Scanned with OKEN Scanner

primarea repetată nu motivează întîrzierea transportului în spital și ea nu reprezintă decît o încercare de a scădea consecințele ischemiei asupra membrului și ale organismului.

Riscul apariției șocului prin garou poate fi influențat prin scăderea temperaturii membrului exclus circulator. Hipotermia segmentară se poate obține prin aplicarea de pungi cu gheață în jurul membrului (care este învelit în prosoape uscate). Refrigerarea are drept scop reducerea metabolismelor de la nivelul zonei în ischemie. Ridicarea garoului trebuie să fie progresivă, treptată. Concomitent, este obligatorie asigurarea unui volum circulant adecvat prin perfuzie de lichide pe cale intravenoasă.

Regulă : orice accidentat la care am aplicat o hemostază provizorie prin constricție circulară îl vom însoți pe durata transportului și îl vom preda spitalului cu menționarea scrisă a orei accidentului, ora aplicării garoului și protocolul gesturilor terapeutice.

8.2.5. HEMOSTAZA PROVIZORIE PRIN FORCIPRESURĂ

Pentru medicul de salvare hemontaza prin forcipresură este un act de excepție, deoarece posibilitatea de a putea aplica o pensă hemostatică „la vedere" pe un vas care sîngerează se oferă extrem de rar.

Avantajele oricărei hemostaze provizorii „țintite" decurg din dezavantajele și riscurile celei prin compresiune circulară, deoarece suprimarea circulației, chiar dacă aceasta se referă la o arteră axială, permite încă un flux sanguin în țesuturi prin colaterale.

Substanțele hemostatice nu pot nici înlocui și nici opri o hemoragie chirurgicală. Hemoragia chirurgicală nu poate fi stăpînită și controlată decît prin hemostază.

8.3. ÎNLOCUIREA SÎNGELUI PIERDUT

Înlocuirea sîngelui pierdut este tratamentul curativ al hemoragiei, ca atare, și tratamentul profilactic al șocului posthemoragic.

Pentru ca înlocuirea să fie eficace ea trebuie făcută cît mai precoce și să fie ajustată după cantitatea pierdută. Pe de altă parte, se va ține seama și de faza stadială a evoluției, deoarece între cantitatea necesară pentru refacerea volumului sanguin și timpul scurs de la producerea hemoragiei este o proporție directă. Astfel, pentru o pierdere care nu depășește 20—30% din volumul circulant, ceea ce revine la 1 000—1 500 ml sînge, este suficientă o cantitate egală dacă înlocuirea se face precoce.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă înlocuirea se face cu întîrziere, cantitatea necesară este mult mai mare și are o eficacitate nesigură.

Starea posthemoragică răspunde imediat la refacerea volumului circulant. Cînd starea clinică, pulsul și tensiunea arterială nu sînt influențate, înseamnă că volumul perfuzat este insuficient, hemoragia continuă, sau mai există și o altă cauză în afara hemoragiei.

În cazul unui hemoragic în stare gravă, după controlul sau refacerea hemostazei provizorii, dacă hemoragia este externă, vom proceda astfel :

1) Așezăm bolnavul în decubit dorsal orizontal sau decliv. Declivitatea este contraindicată dacă coexistă un traumatism cerebral. Capul va fi în același plan cu corpul și niciodată în hiperextensie, deoarece această poziție stînjenește circulația aerului.

2) În același timp, un ajutor pregătește o trusă de perfuzie și o racordează la un flacon sau pungă cu o soluție perfuzabilă : Dextran, Reomacrodex ; glucoză 5 sau 10% sau sol clorurosodică izotonă. Se va prefera pentru început, dacă se are la dispoziție, o soluție macromoleculară.

3) Dacă hemoragia este gravă și accidentatul este în colaps, nu vom uita că prin ridicarea membrelor la verticală și menținerea lor ca atare se obține un volum de cca 1 000 ml de sînge.

4) Montăm tensiometrul. Numărăm pulsul și măsurăm tensiunea arterială. Valorile se consemnează. Operația se repetă la intervale apropiate. Dacă este posibil, este util să aflăm tensiunea pe care accidentatul a avut-o înainte. Din valorile puls/tensiune putem stabili, cu aproximație, pierderea și reactivitatea la încărcarea cu lichid.

5) Încercăm să puncționăm o venă de la plica cotului sau a oricărei alte vene mai aparentă, cu un ac gros. Dacă reușim, îl racordăm la tubul de perfuzie și începem perfuzarea. Fixăm tubul de perfuzie cu benzi de leucoplast la nivelul unde se articulează cu acul și la încă 1—2 nivele în scopul de a evita deplasarea sau ieșirea acului.

Dacă puncția venoasă nu ne reușește, ceea ce este justificat prin starea de emoție datorită condițiilor dramatice și venelor care sînt spastice și goale, vom trece, pentru a nu pierde un timp util, la descoperirea venei safene interne la nivel maleolar. Dacă din motive tehnice aceasta este imposibilă, este motivată perfuzarea în vena jugulară sau în vena femurală.

6) Manevrarea traumatizaților gravi, inclusiv a hemoragicilor și transportul lor, este un act medical, deoarece simpla schimbare a poziției produce moartea. Din acest motiv, vom evita schimbarea de pe un brancard pe altul, manevrarea brutală sau stîngace a accidentatului, accelerările, decelerările, virările și frînările bruște. Vom impune conducătorului autosalvării ca deplasarea să se facă cît mai rapid, dar fără exagerările de performanță și cu viteza constantă.

Scanned with OKEN Scanner

7) Ori de cîte ori este posibil vom aplica oxigenarea pe sondă nazală.

8) În cazul în care hemoragia este digestivă superioară, vom introduce o sondă de aspirație nazo-gastrică pentru a evacua sîngele acumulat, pentru decomprimarea cavității gastrice, evitării efortului de vomă și controlul hemoragiei.

8.4. PROBLEMELE HEMORAGIEI ÎN RAPORT CU TIMPUL SCURS DE LA RĂNIRE PÎNĂ LA PRODUCEREA SÎNGERĂRII

În raport cu timpul scurs de la momentul rănirii și pînă la apariția sîngerării, hemoragia poate fi primitivă, întîrziată sau tardivă. Hemoragia primitivă se produce și se manifestă din momentul producerii efracțiunii vasculare.

Hemoragia cu întîrziere se produce după un interval de cîteva ore de la leziunea vasculară. Această întîrziere se datorează arterioconstricției reflexe a capetelor arterei rănite, hipotensiunii arteriale și organizării chiagului. Hemoragia cu întîrziere se mai poate produce și în cazul contuziilor parietale și care după cîteva ore se transformă într-o ruptură arterială. Din aceste motive, evacuarea unui accidentat la care există premisele unei „plăgi arteriale uscate" se va face în mod obligatoriu numai după punerea în poziție de așteptare a garoului și numai însoțit și supravegheat permanent în timpul transportului.

Hemoragia tardivă sau secundară este tot atît de gravă ca și cea primară sau cea întîrziată. Ea apare la cîteva zile de la producerea traumatismului.

Acest tip de hemoragie poate apărea în urma deplasării unei ligaturi executată incorect, în urma exulcerării peretelui arterial produsă prin apăsarea continuă a unui tub de dren rigid și ancorat strîns la piele, printr-un proces infecțios supurativ, care modifică rezistența peretelui arterial ligaturat sau suturat și care duce la dezunirea secundară a plăgii arteriale.

8.5. EVALUAREA CANTITĂȚII DE SÎNGE PIERDUT ȘI A VOLUMULUI NECESAR DE ÎNLOCUIT

Informațiile date de cei din jurul hemoragicului sînt inutilizabile, deoarece există întotdeauna tendința de a se supraevalua pierderea de sînge. Impresia clinică este de asemenea numai orientativă. Proba cea mai reală în condițiile dramatice și precipitate ale hemoragiei este

Scanned with OKEN Scanner

testul terapeutic. Acesta constă din urmărirea evoluției semnelor clinice, a pulsului, tensiunii arteriale și a presiunii venoase sub perfuzia de lichide apropiate (sau de sînge). Dacă refacerea volemiei nu ridică tensiunea arterială, înseamnă că bolnavul sîngerează, sau hipotensiunea arterială are și o altă cauză. Se admite că după cantitatea de lichid necesară pentru a aduce tensiunea arterială la o valoare peste 100 mm Hg se poate aproxima cantitatea de sînge pierdută.

Evaluarea pierderii se face pe criterii clinice și paraclinice. Evaluarea clinică aproximativă a hipovolemiei este posibilă prin aplicarea testului de flexiune a capului, a testului „L" — prin calcularea „indicelui de șoc", prin determinarea presiunii venoase și din întinderea și volumul leziunilor traumatice în cazurile în care acestea există.

8.6. TESTUL DE FLEXIUNE A CAPULUI

Testul de înclinare sau de flexiune a capului („tilt test") detectează starea de hipovolemie compensată liminar, respectiv starea de șoc potențial. Testul se aplică unui hemoragic sau unui traumatizat care este în decubit dorsal, în nemișcare. În această postură, prin intervenția mecanismelor de autoreglare, organismul a reușit să-și autocondiționeze un regim hemodinamic liminar.

Numărăm pulsul. Flectăm capul pe torace, activ sau pasiv, la cca 30 ° („bărbia în piept"). Dacă după executarea manevrei pulsul se accelerează înseamnă că există o hipovolemie acoperită numai liminar și hemoragicul se găsește în stare de șoc potențial.

8.7. TESTUL „L"

Accidentatul în decubit dorsal orizontal. Măsurăm tensiunea arterială. Ridicăm pasiv ambele membre inferioare la verticală. Dacă în mai puțin de 30 de secunde de la executarea manevrei T.A. crește cu cel puțin 10 mm Hg, se deduce că există o hipovolemie compensată liminar și accidentatul este în stare potențială de șoc.

8.8. INDICELE DE ȘOC

Prin indice de șoc se înțelege valoarea care rezultă din împărțirea pulsului prin valoarea tensiunii arteriale maxime. Determinarea se face dinamic, la intervale apropiate, pentru a putea deduce evoluția. În

Scanned with OKEN Scanner

raport cu valoarea indicelui de şoc se aproximează şi pierderile de volum circulant. Aceste pierderi se exprimă procentual : T.A. max./puls= indice de şoc, 70/140=0,5=normovolemie, 100/100=1=deficit 20—30% (şoc potenţial), 120/80=1,5=deficit 30—50% (şoc manifest), 140/70=2= =peste 50% deficit (şoc în agravare), 140/60=2,5=deficit peste 50% (şoc terminal).

Aproximarea cantităţii de sînge pierdută dedusă din indicele de şoc are un avantaj dublu : evită eroarea legată de tensiunea arterială anterioară hemoragiei şi evoluează prinderea dinamic lăsînd să se deducă sensul evoluţiei şi efectul înlocuirii.

8.9. PRESIUNEA VENOASĂ

Deoarece cea mai mare parte din volumul sîngelui este cuprins în sistemul venos, valorile presiunii venoase reflectă într-o oarecare măsură volemia. Presiunea venoasă nu indică însă volumul pierdut. Ea poate însă să orienteze asupra deficitului de volum la un moment dat sau mai corect spus, să indice starea de umplere venoasă. Această evaluare are o mare importanţă practică deoarece în raport cu valorile presiunii venoase se creşte sau se scade debitul şi cantitatea de perfuzie. Determinarea presiunii venoase se poate face periferic sau central.

8.10. DETERMINAREA ŞI SEMNIFICAŢIA PRESIUNII VENOASE PERIFERICE

La subiectul normal în decubit dorsal presiunea în venă safenă internă la nivel maleolar este de 10—12 cm coloană apă. Ea este cu cca 10 cm coloană apă mai mare decît presiunea venoasă centrală (PVC).

Între valorile PVP şi PVC nu există un paralelism semnificativ. Din comportarea presiunii periferice se poate însă aprecia, în cursul perfuziei de înlocuire, momentul în care administrarea trebuie oprită. Perfuzia se administrează în ritmul impus de condiţiile circulatorii ale hemoragicului deduse din evoluţia clinică, din puls şi tensiunea arterială. În momentul în care primul flacon s-a golit, se deconectează cateterul de la flacon şi se ţine în poziţie verticală.

Se observă, prin transparenţa cateterului, scurgerea liberă a coloanei de lichid restantă. Se pot ivi două eventualităţi :

— coloana se scurge în întregime şi în acest caz persistă un deficit de volum, şi perfuzarea trebuie continuată ;

Scanned with OKEN Scanner

— coloana de lichid se stabilizează la un nivel oarecare.

Dacă înălțimea coloanei este mai mare de 25 cm, se impune sistarea perfuziei din cauza riscului de suprahidratare.

Această modalitate de a conduce refacerea volumului circulant are numai o valoare orientativă, dar ea este suficientă în condițiile acordării asistenței de urgență și pe durata transportului spre spital.

8.11. TENSIUNEA ARTERIALĂ ȘI PULSUL

Tensiunea arterială izolată ne orientează numai asupra stării hemodinamice din evoluția unei hemoragii. Ea nu poate evidenția prin ea însăși cantitatea pierdută. Urmărirea dinamică concomitentă, a tensiunii arteriale și a pulsului și raportarea lor, permit stabilirea unei valori care este numită „indice de șoc" (vezi 8.8).

8.12. RAPORTUL DINTRE LEZIUNEA TRAUMATICĂ ȘI PIERDEREA DE SÎNGE

In raport cu natura leziunii, pierderile se aproximează astfel :

1) În fracturi : — fractura mai multor coaste : cca 500 ml ; — fractura de gambă : cca 1 000—1 500 ml ; — fractura de coapsă : cca 1 000—2 000 ml ; — fractura de bazin : cca 2 000—3 000 ml.

2) În traumatismele părților moi aproximarea se poate face după criteriul plăgii în suprafața sau volumul de distrugeri de țesuturi.

După mărimea plăgii în suprafață, pierderea este aproximată procentual din volumul circulant : — sub dimensiunile unei palme : pînă la 20% ; — de la 1—3 suprafețe palmare : 20—30% ; — de la 3—5 suprafețe palmare : 30—40% ; — peste 5 suprafețe palmare : peste 50%.

După mărimea distrugerilor în volum aproximarea se face tot în procente de volum circulant : — o distrugere cît un pumn închis : 10% ; — o distrugere cît trei pumni : 30%.

8.13. REFACEREA ȘI MENȚINEREA VOLUMULUI CIRCULANT ÎN CONDIȚIILE ASISTENȚEI DE URGENȚĂ ȘI ALE TRANSPORTULUI

În fața unei hemoragii, medicul se poate găsi în una din următoarele situații :

— să nu poată opri hemoragia și să nu poată începe refacerea volemică ;

Scanned with OKEN Scanner

— să nu poată controla hemoragia, dar să poată începe și eventual menţine un volum circulant liminar ;

— să poată opri hemoragia, dar să fie în imposibilitatea de a reface volemica ;

— să oprească hemoragia și să asigure o perfuzare adecvată.

În prezenţa unei hemoragii masive, care nu poate fi controlată printr-o manevră de hemostază provizorie se va urmări executarea următoarelor puncte, care dacă sînt aplicate rapid și corect se mai poate spera la salvarea vieţii.

1) Hemoragicul va fi plasat într-o poziţie care să asigure reducerea debitului de sîngerare.

La baza acestei atitudini stă următorul fapt : experimental, prin producerea unei hemoragii rapide și masive la un animal în poziţie orizontală pierderea se stabilizează la cca 50% din volumul circulant. Acesta este „volumul maxim de sîngerare" după care hemoragia „se oprește". În aceste condiţii, în patul vascular rămîn celelalte 50 de procente din sîngele circulant. Acesta este „volumul rezidual" sau „restant".

Volumul restant poate fi mărit înainte de pierderea maximă, dacă organismul este plasat de îndată astfel încît gravitatea să se opună ieșirii sîngelui. Astfel, o sîngerare din arterele iliace sau din aortă duce rapid la pierderea volumului maxim și inevitabil la moarte rapidă. Dacă în momentele imediat accidentatul ar putea fi pus într-o poziţie adecvată astfel ca forţa gravitaţiei să acţioneze asupra sîngelui din membre, volumul restant ar fi mai mare și moartea s-ar temporiza, permiţînd o acţiune de restaurare volemică.

2) Dacă s-a reușit să se controleze hemoragia, accidentatul este trecut în poziţie declivă în scopul „redistribuirii" sîngelui rezidual înspre organele „vitale".

3) Nu se va uita că posibilitatea „autotransfuziei", sîngele conservat postural în membre este o realitate. Din acest motiv, ridicarea acestora la verticală, după controlul sîngerării și „golirea" lor duce la creșterea volumului rezidual.

De asemenea, înfășurarea compresivă a membrelor de la extremitate spre rădăcină în vederea „excluderii lor circulatorii" (a unei părţi din patul lor vascular) este o manevră veche, dar care trebuie păstrată deoarece în aceste situaţii nici un gest nu este inutil.

4) Este de dorit ca începutul perfuzării să fie făcut cu o soluţie macromoleculară.

În lipsa soluţiei macromoleculare, volemia va fi refăcută cu soluţie cristaloidă de care dispunem. Trebuie să se știe că organismul poate supravieţui în condiţiile unei volemii apropiate de cea normală la un

Scanned with OKEN Scanner

hematocit de 12—15%, ceea ce revine la 5—6 grame de hemoglobină la %. Transfuzia de sînge este însă absolut necesară sub un hematocrit de 15—25%.

Înlocuirea volemică în hemoragiile mari cu soluție cristaloidă și macromoleculară au o valoare provizorie, trecătoare, dar suficientă în timp pentru a permite transportul hemoragicului și a reduce riscul instalării șocului posthemoragic.

8.14. TEHNICA DESCOPERIRII VENEI SAFENE INTERNE

Se va recurge la această venă, deoarece ea are un raport anatomic constant : marginea internă a maleolei tibiale. Ea este ușor de descoperit printr-o tehnică simplă, se recunoaște chiar dacă este spastică și „goală" și nu există nici un risc de a leza o altă formațiune anatomică. În afară de simplitatea execuției, metoda permite și aprecierea directă a necesarului de perfuzie (vezi 8.10).

1) Dezinfecția de necesitate a mîinilor cu alcool iodat ; dezinfecția largă cu tinctură de iod a regiunii. Medicul, cu fața la regiunea operatorie, stă pe scaun. Lumina trebuie să cadă pe locul unde se va inciza.

2) Anestezia este locală. Se palpează vîrful și marginea anterioară a maleolei tibiale. Se pătrunde cu acul la 1 cm de la marginea anterioară a maleolei interne și puțin mai sus de vîrful ei. Reperul de adîncime este contactul osos. Se injectează 3—4 ml sol. de novocaină 1%. De obicei soluția difuzează chiar de-a lungul venei și cîțiva cm.

3) Incizia se face longitudinal, pe cca 5—6 cm. Ea este plasată paralel cu marginea anterioară a maleolei interne, fără să depășească extremitatea ei distală.

Se prepară vena pe o lungime de 2—3 cm. Pentru aceasta se folosește fie o sondă canelată, fie o pensă. Se trece un fir pe sub venă, care se leagă cît mai distal. Se trece un al doilea fir, care nu se leagă ci se prinde cu o pensă.

Deschiderea venei se face transversal, pe o jumătate de circumferință, cu foarfeca sau cu un bisturiu. Pentru executarea acestui timp se trage ușor în sens distal de firul înodat, pentru a pune vena în tensiune. Pentru a dilata capătul proximal al venei și pentru a nu o sfîșia, se pătrunde cu vîrful pensei hemostatice, care se deschide cu blîndețe. Se introduce cateterul sau în lipsa acestuia, din necesitate, o sondă Nelaton, sau Thiemann cu calibru mic.

Cateterul sau sonda se împinge în sens cranial pe 5—10 cm, sau mai mult. Pătrunderea este ușoară și nu trebuie să întîmpine nici o rezistență. Orice forțare riscă să sfîșie vena. Pentru a solidariza sonda

ta venă, se strînge și leagă firul cranial, apoi acesta se secționează. Sutura plăgii nu este obligatorie. Pansament. Cateterul sau sonda se fixează la piele cu un fir de ață sau cu benzi de leucoplast, pentru a se evita deplasarea ei pe timpul transportului.

În ceea ce privește cateterizarea venei jugulare externe și venei subclavii, deși tehnic sînt simple de executat, ele necesită însă un antrenament pentru a evita incidentele și accidentele oricînd posibile. De aceea, ele rămîn de execuție intraspitalicească sau permise în situații cu totul excepționale (arsura membrelor).

9. ESCORIAȚIA

Pierderea traumatică a epidermului poate fi superficială sau profundă. Escoriația profundă depășește stratul cornos al pielii, descoperă papilele dermice, sîngerează și constituie o poartă de intrare pentru germenii patogeni. Tratamentul escoriațiilor în general și a celor profunde în special constă din spălarea regiunii cu apă și săpun, dezinfectarea suprafeței sîngerînde cu metasept, alcool etilic sau alcool iodat 2%, pansament steril.

10. HEMATOMUL SUPERFICIAL

Din punct de vedere al adîncimii, hematoamele sînt superficiale, dezvoltîndu-se între tegument și fascia de înveliș și profunde, subfasciale.

Hematoamele superficiale și circumscrise se prezintă la inspecția regiunii contuzionate ca o tumefacție lenticulară sau hemisferică. La palpare, tumefacția este dureroasă, mai moale în centru, fluctuentă și mai consistentă la periferie. De obicei, aceste hematoame se produc în regiunile în care planul osos se găsește imediat sub piele, ca, de exemplu, calota craniană, mandibulă, platoul tibial etc. La palparea acestor hematoame se poate simți o crepitație. Această senzație este produsă de fragmentarea chiagului în momentul strivirii acestuia prin apăsarea degetului.

Scanned with OKEN Scanner

10.1. TRATAMENTUL HEMATOMULUI SUPERFICIAL

Hematoamele mici şi superficiale au o evoluţie spontană benignă În aceste cazuri se vor indica aplicaţiuni reci, umede, sub formă de prişniţi, sau uscate, folosind o pungă de gheaţă. În afara acestor mijloace fizice, se poate recurge la ungerea tegumentului cu o pomadă de tipul Lasonil, sau la injectarea s.c. sau i.m. de Hyason sau Alfachimotripsină.

Pentru activarea resorbţiei se poate recurge şi la aplicaţiuni umede calde.

10.2. HEMATOMUL SUBUNGHIAL

Hematomul subunghial este asociat cu fractura falangei distale în 25% din cazuri. El este foarte dureros. Durerea este atroce, persistentă, neinfluenţată de antalgicele curente şi nu cedează decît la decomprimarea spaţiului subunghial, prin evacuarea hematomului.

Tratament. În cazul hematoamelor parţiale, se procedează la dezinfectarea degetului cu alcool iodat, la aplicarea unui pansament uscat sau cu alcool şi, după caz, se administrează un antalgic, algocalmin amidopirină etc.

În cazul hematoamelor totale se urmăreşte evacuarea cît mai precoce a hematomului. Decomprimarea spaţiului subunghial se obţine prin crearea unui orificiu în unghie. Cea mai simplă metodă este cea prin ignipunctură. Executarea ei nu necesită anestezierea degetului. Se procedează astfel :

— se prinde într-o pensă hemostatică o bucată de 3—4 cm lungime dintr-o sîrmă de 0,08—0,1 mm diametru, sau se ia o agrafă obişnuită de prins hîrtie, căreia i se desface unul din capete ;

— capătul sîrmei se ţine într-o flacără de alcool pînă cînd acesta devine incandescent ; se aplică sîrma perpendicular în punctul corespunzător centrului hematomului apăsînd uşor pe unghie. Unghia se perforează fără nici o durere şi prin orificiu se elimină o picătură de sînge.

Durerea dispare. Riscul de a produce o arsură este exclus, deoarece hematomul realizează un strat izolant pentru dermul subunghial.

Scanned with OKEN Scanner

11. IMPREGNAREA

Prin impregnare se înțelege pătrunderea de microparticule în grosimea tegumentului ca urmare fie proiectării unei regiuni a corpului pe o suprafață care le eliberează (pământ, asfalt), fie proiectării particulelor cu o viteză mare (suflu de explozie). Particulele care pătrund dincolo de stratul cornos al pielii rămîn incluzionate.

Tratamentul constă din spălare cu apă și săpun, folosirea unui solubilizant adecvat și sub anestezie generală spălarea prin frecarea cu peria, cu apă și săpun.

12. FLICTENA TRAUMATICĂ

Prin flictenă traumatică se înțelege o veziculă cu lichid serohemoragic dezvoltată în grosimea tegumentului ca urmare a extravazării plasmei și elementelor figurate din rețeaua dermului și care prin acumulare decalează epidermul de derm. Flictena traumatică însoțește contuziile puternice ale părților moi și cel mai adesea o fractură.

Tratamentul constă din evaluarea leziunilor subiacente, urmată de imobilizarea segmentelor traumatizate, spălarea și dezinfectarea tegumentelor corespunzătoare flictenei, pansament, bandaj compresiv-elastic. Dacă flictena este deschisă se excizează epidermul decolat și dermul descoperit se tratează ca o plagă recentă.

13. NECROZA CUTANATĂ POSTTRAUMATICĂ

Ischemia tegumentului poate urma unei agresiuni violente dar de scurtă durată (abraziunea tegumentului, atrița tegumentului), care este urmată de ruperea vaselor care îl irigă sau ca urmare a unei compresiuni de durată care determină suprimarea circulației și tromboza vaselor dermice.

Problema contuziilor cutanate severe cu risc de necroză este de a prevedea această posibilitate evolutivă, de a reduce riscul prin reduce

Scanned with OKEN Scanner

rea precoce a unei fracturi cu deplasare care pune în tensiune ischemiantă tegumentul și de a asigura o protecție a tegumentului devitalizat cu un pansament steril aplicat după o prealabilă dezinfecție a acestuia.

14. ESCARA DE DECUBIT

Apariția acestor leziuni de necroză cutanată se întîlnește la bolnavii imobilizați la pat și care sînt în imposibilitatea de a-și schimba singuri poziția. Escara este o complicație obișnuită la bolnavii paralizați, comatoși, la arși și la bătrînii în stare de gatism și la diabeticii cu arterio- și neuropatie.

În afara escarelor care se produc la bolnavii gravi, denutriți și neglijați din punct de vedere al schimbării de poziție la intervale scurte și lăsați să stea pe cearceafuri îmbibate cu secreții, cu urină, fecale, se mai întîlnesc și escare produse la cei cu imobilizări ghipsate la care eminențele osoase nu au fost protejate corespunzător. Tratamentul escarelor de decubit este în primul rînd profilactic.

15. ECHIMOZA

Echimoza apare după o contuzie mai intensă, sau în cazul în care capilarele au o fragilitate particulară, anormală și în acest caz ele se produc și după traumatisme minime. În raport cu timpul scurs de la producerea traumatismului și pînă la apariția sufuziei sanguine, echimozele se împart în precoce și tardive.

Echimozele precoce se constituie imediat după traumatism și strict la nivelul contuzionat. Ele se întîlnesc în contuziile ușoare, superficiale.

Echimozele tardive apar după cîteva ore de la producerea traumatismului și la distanță de zona contuzionată. Echimozele tardive au o dublă semnificație: atestă existența și gravitatea unor leziuni profunde, iar prin topografie contribuie, alături de alte semne clinice, la aprecierea nivelului la care este localizată hemoragia, respectiv focarul lezional.

Scanned with OKEN Scanner

O echimoză care se dezvoltă sub conjunctiva oculară după un traumatism cranian și care ajunge să se extindă la conjunctiva pleoapei, devenind apoi vizibilă la nivelul tegumentului palpebral, atestă o fractură a bazei craniului în etajul anterior, ca și echimoza dezvoltată sub mucoasa faringelui.

În fracturile temporalului, echimoza apare în regiunea mastoidiană, în șanțul retroauricular.

În fracturile arcadei zigomatice sau a frontalului, sîngele după ce difuzează subperiostal ajunge subconjunctival și cuprinde întreaga scleră, nelăsînd nici o suprafață albă. În cazul unui traumatism direct al globului ocular, echimoza subscleralâ este net delimitată și albul sclerei se evidențiază cînd accidentatul își mișcă ochiul în sens opus.

Echimozele de la nivelul conjuncțivei oculare sînt și rămîn roșii pînă la dispariția lor.

Echimozele tardive apar și sînt patognomonice în fracturile oaselor membrelor, bazinului, în entorsele grave, în luxații și în hematoamele profunde.

Tratamentul echimozelor superficiale se face prin aplicațiuni umede și prin unguente de tipul Lasonil. În ceea ce privește echimozele tardive, problema nu mai este a lor, ci a tratării focarului lezional profund și a salvării vieții accidentatului. Apariția lor necesită internarea de urgență.

16. SEROMUL TRAUMATIC

Seromul traumatic este o acumulare de lichid seros, cuprins între fața profundă a hipodermului și fascia de înveliș, produs printr-un impact tangențial. Ea se produce în urma deslipirii tegumentului de pe suprafața aponevrotică subiacentă. Seromul traumatic se întîlnește de obicei la nivelul feței laterale a coapsei și mai rar în regiunile lombară, fesieră sau abdominală.

Lichidul acumulat în serom are două caractere anatomo-clinice: este liber în cavitate și nu ajunge niciodată să o umple sub tensiune. Seromul, deși este o colecție lichidiană, nu prezintă o fluctuență adevărată, deoarece lichidul nu ocupă toată capacitatea cavității de decolare.

Scanned with OKEN Scanner

16.1. TRATAMENTUL SEROMULUI TRAUMATIC

În cazurile în care se manifestă dezvoltarea seromului, se va proceda la dezinfecția tegumentului din zona respectivă, dacă acesta prezintă leziuni de impregnare sau escoriații, apoi se va aplica un pansament cu un strat subțire de vată, după care se va trage o fașă. Tensiunea de înfășurare trebuie să asigure o compresiune externă, dar în același timp să evite stînjenirea întoarcerii venoase. Înfășarea trebuie să înceapă de la extremitatea membrului, care este menținut ridicat la 45 °, iar strîngerea feșii va fi egal repartizată.

Imobilizarea la pat în plan decliv la 15° este necesară. Prin ea se asigură o întoarcere limfatică și venoasă mai bună. Planul decliv al patului se obține prin introducere a două cărămizi sub picioarele lui distale.

Seromul traumatic nu trebuie evacuat decît dacă este voluminos, ca, de exemplu, cele care ocupă toată lungimea feței laterale a coapsei, dacă este trenant sau dacă s-a infectat. Seromul traumatic se internează ca o urgență chirurgicală.

17. CONTUZIILE ARTICULARE

Contuzia unei articulații este în realitate o contuzie paraarticulară sau juxtaarticulară. Ea este rezultatul unei lovituri directe și poate fi asociată cu leziuni concomitente osoase. Contuzia articulară ușoară se manifestă prin dureri localizate la nivelul zonei lovite și prin impotența funcțională. Durerile se atenuează în urma imobilizării. Impotența funcțională poate fi mai mult sau mai puțin manifestă și durabilă.

În minutele și orele următoare și în raport cu intensitatea traumatismului, regiunea articulară se tumefiază, tegumentul este congestionat și cald, venele devin turgescente și uneori la locul loviturii se observă o echimoză. Dezvoltarea revărsatului articular este oricînd posibilă. Tabloul contuziilor grave, care pot merge pînă la zdrobirea articulației, este dominat de leziunile părților moi și a epifizelor articulare.

17.1. TRATAMENTUL CONTUZIILOR ARTICULARE

În cazul contuziilor simple, în care semnele de leziuni asociate capsulo-ligamentare sau osoase lipsesc cu certitudine, tratamentul cuprinde următoarele obiective: durerea, modificările vasomotorii și

Scanned with OKEN Scanner

recuperarea funcțională cît mai rapidă. Aceste obiective pot fi asigurate printr-o imobilizare de cîteva zile. Durata este în funcție de gravitatea traumatismului și de evoluția clinică.

Pentru obținerea scoaterii din funcție a articulației este suficientă odihna la pat pentru membrele inferioare și imobilizarea simplă în eșarfă, pentru membrele superioare. În timpul de decubit se va avea în vedere și rolul planului decliv, pentru a favoriza întoarcerea venoasă și limfatică.

Pentru obținerea unui efect rezolutiv se poate recurge la aplicațiuni umede. Pentru a evita macerarea tegumentului, acesta va fi în prealabil uns cu un unguent. Este preferat Lasonilul, pentru acțiunea sa asupra microcirculației din tegument. Infiltrația anestezică cu soluție de Procaină sau de Xilină 1% nu este nici necesară și nici indicată, datorită riscului infectării zonei traumatizate. Infiltrația va fi făcută numai dacă se pot respecta normele antisepsiei și asepsiei.

În cazul contuziilor severe există posibilitatea existenței unei leziuni osoase, care poate scăpa examenului clinic. Asistența de urgență în aceste cazuri este orientată pe evacuarea rapidă în spital, dar cu respectarea obligatorie a imobilizării provizorie și asigurarea analgeziei pe durata transportului.

Regulă : Ori de cîte ori semnele clinice de gravitate sînt prezente, mișcări anormale în articulație, echimoză la distanță, flictene serohemoragice, revărsat intraarticular, examenul radiografic este obligatoriu.

18. TRAUMATISMELE DESCHISE ALE ARTICULAȚIILOR

Regulă : Orice plagă produsă într-o regiune articulară, indiferent de mărimea ei, va fi considerată ca fiind potențial articulară pînă la verificarea ei prin explorare chirurgicală.

La examenul clinic al unei plăgi produse într-o regiune articulară se pot prezenta două situații :

— plagă mare, în acest caz cartilagiul devine evident ;

— plagă mică, îngustă și în acest caz este imposibil de afirmat dacă soluția de continuitate articulară există sau nu.

În cea de-a doua eventualitate, diagnosticul de plagă articulară poate fi sugerat de următoarele elemente : traiectul plăgii, scurgerea de lichid sinovial și prezența de picături de grăsime în sîngele care se scurge din plagă. Aceste semne au însă o valoare relativă și sînt inconstante.

Scanned with OKEN Scanner

18.1. TRATAMENTUL DE URGENȚĂ AL PLĂGILOR ARTICULARE ȘI A CELOR DIN REGIUNILE ARTICULARE

1) În cazul unei plăgi care este evident penetrantă în articulație. vom proceda după cum urmează :

— tratamentul plăgii după normele codificate pentru plăgile recente ;

— spălarea abundentă a plăgii și cavității articulare cu soluție clorurosodică sau cu soluție de Bromocet 1—2% ;

— imobilizarea provizorie a articulației ;

— profilaxia infecției tetanice ;

— introducerea de antibiotice în plagă nu este necesară, în schimb se va începe administrarea de Ampicilină sau de Penicilină pe cale generală ;

— evacuarea de urgență, cu menționarea în scris a protocolului tratamentului aplicat.

2) În cazul unei plăgi mici și probabil penetrante în articulație, vom proceda tot ca mai sus. Este de dorit ca la cea mai mică îndoială să greșim prin exces, ducînd accidentatul în spital.

19. TRAUMATISMELE MUȘCHILOR

19.1. STUPOAREA MUSCULARĂ

Stupoarea musculară este o pierdere trecătoare a capacității de contracție a unui mușchi sau a unui grup muscular produsă în urma unei lovituri directe. Această insuficiență motorie acută are o durată scurtă. După revenirea capacității de contracție voluntară, la nivelul contuziei persistă pentru cîteva zile o durere care se intensifică prin contracția mușchiului și un edem interstițial mai mult sau mai puțin evident clinic.

Tratamentul stuporii musculare constă din repaus, din aplicațiuni umede reci și din administrarea de antalgice.

19.2. RUPTURILE MUSCULARE

Un mușchi se poate rupe în două circumstanțe etiopatogenice diferite, prin lovire directă și în timpul unei contracții.

Scanned with OKEN Scanner

Rupturile musculare produse printr-un impact pot fi totale sau parţiale. În rupturile totale, cele două capete se retractă, în timp ce în cele parţiale, datorită conservării unei porţiuni indemne, funcţia de contracţie se mai păstrează. Rupturile musculare apărute în timpul unei contracţii, mai mult sau mai puţin violente, poate să se producă pe un muşchi sănătos, pe un muşchi supraantrenat, ca în cazul sportivilor de performanţă sau pe un muşchi patologic.

Rupturile muşchiului patologic se produc în cadrul unei solicitări neînsemnate, de aceea se mai numesc şi rupturi spontane. Ele se întîlnesc în cursul evoluţiei unor boli ca leucemia, gripa, febra tifoidă ş.a. Indiferent de circumstanţele etiopatogenice ale rupturii musculare, la nivelul ei se dezvoltă întotdeauna şi un hematom ca urmare a ruperii concomitente de vase sanguine. Începutul este o durere sfîşietoare, sincopală, care se produce în timpul unei mişcări în forţă şi necoordonate, şi care este asociată cu senzaţia de rupere.

La examenul clinic se constată impotenţă funcţională şi o tumefacţie difuză, moale şi dureroasă care urmează direcţia tecii muşchiulare şi care se datoreşte hematomului şi edemului. În zona de tumefacţie se poate găsi o porţiune mai depresibilă, care corespunde distanţei dintre capetele retractate ale muşchiului. În orele care urmează pot apărea şi echimoze ca urmare a difuziunii sîngelui din hematom. Ruptura musculară este o urgenţă chirurgicală.

Tratamentul de urgenţă, la locul accidentului şi în timpul transportului, constă din imobilizarea membrului şi din aplicarea unui bandaj elastic compresiv. Acesta trebuie astfel strîns încît să nu stînjenească întoarcerea venoasă, dar în acelaşi timp să se opună dezvoltării hematomului şi edemului posttraumatic.

19.3. ARTRIŢIA MUSCULARĂ

Artriţia este cea mai frecventă formă de leziune traumatică musculară. Ea se întîlneşte în accidentele de circulaţie, de mînă etc. şi se însoţeşte de obicei cu leziuni asociate grave : osoase, articulare, vasculare şi ale nervilor. Ţesutul muscular atriţionat este însoţit de dezvoltarea unui hematom voluminos datorită rupturilor vasculare concomitente.

Tratamentul de urgenţă a atriţiilor musculare constă din imobilizarea membrului contuzionat şi din prevenirea şocului traumatic. Evacuarea se face în condiţii de transport asistat activ. **Tratamentul general** se orientează spre combaterea şocului traumatic, prevenirea infecţiei şi a insuficienţei renale care se produce pe linia patogenică comună cu cea din sindromul de strivire.

Scanned with OKEN Scanner

19.4. SINDROMUL DE CONTRACTURĂ ISCHEMICĂ A LUI VOLKMANN

Sindromul de contractură ischemică Volkmann se caracterizează prin retracţia muşchilor din loja anterioară a antebraţului. El urmează, de obicei, după fractura extremităţii inferioare a humerusului sau după fractura celor două oase ale antebraţului.

Mai rar, sindromul de retracţie ischemică apare după simpla contuzie a cotului asociată cu un hematom, după contuzia sau ruperea arterei humerale sau după strivirea antebraţului. Uneori şi spasmul arterial prelungit, iatrogen, poate fi o cauză pentru producerea ischemiei musculare acute : injectarea greşită a unei substanţe iritante pentru endoteliu în artera humerală, în loc de a fi injectată într-o venă din plica cotului. Retracţia musculară este o stare tîrzie şi se înfăptuieşte progresiv. Ea este datorată unui proces fibroconjunctiv care se dezvoltă în masa musculară, în prealabil necrozată prin ischemie şi prin infarctizare hemoragică precedată de edem.

Toate problemele sindromului lui Volkmann sînt de a fi recunoscut din primele ore de la condiţionarea sa. Sindromul lui Volkmann evoluează în două faze clinice : faza acută de ischemie şi faza de stare, sau de contractură definitivă.

— Faza acută corespunde primelor 24—48 ore. Aceasta este etapa în care trebuie recunoscută constituirea ischemiei, deoarece recuperarea nu este posibilă decît dacă se suprimă cauza şi se tratează consecinţele încă din primele ore. Diagnosticul este sugerat prin circumstanţele în urma cărora au apărut manifestările clinice.

— Examenul clinic trebuie să recunoască starea ischemică şi să stabilească orarul evoluţiei.

— Primele manifestări clinice apar de regulă după cîteva ore de la condiţionarea tulburărilor vasculare, dar uneori ele se constituie după 24 de ore sau chiar mai mult.

— Schematic, bolnavul purtător al unui aparat ghipsat, aplicat ambulator cu cîteva ore sau o zi înainte şi revenit acasă, se prezintă speriat şi chinuit de dureri puternice, continuie, la nivelul cotului şi antebraţului. Durerile iradiază distal, spre degete şi proximal, spre rădăcina braţului.

Examenul clinic descoperă semnele tulburărilor de circulaţie şi consecinţelor lor la nivelul mîinii şi degetelor. Unele din semnele clinice sînt datorate ischemiei iar altele stînjenirii circulaţiei venoase.

— Degetele şi mîna sînt tumefiate din cauza edemului : tegumentul este rece şi cianotic, pulsul radial, atunci cînd este accesibil palpării şi luat comparativ, este mic sau dispărut.

Scanned with OKEN Scanner

— Accidentatul se plînge de senzații parestezice, iar uneori se constată tulburări de sensibilitate obiectivă, care pot merge pînă la anestezie.

— Semnul cel mai important și cel mai precoce este însă durerea provocată în antebraț prin extensia pasivă și activă a degetelor.

Regulă : Ori de cîte ori după un traumatism al cotului sau antebrațului extensia pasivă sau activă a degetelor este dureroasă, trebuie să se orienteze diagnosticul spre sindromul lui Volkmann. Dacă bolnavul este surprins în această fază și medicul recunoaște originea tulburărilor, recuperarea va fi integrală.

19.5. TRATAMENTUL SINDROMULUI VOLKMANN

Viitorul bolnavului depinde de competența celui care este chemat să recunoască începutul sindromului.

Atitudinea de urgență. Obiectivul : restabilirea circulației înainte ca să se producă modificări ireversibile. Procedăm după cum urmează :

1) Administrăm un antalgic puternic, de exemplu Mialgin 0,01—0,02 g i.v. sau i.m.

2) Se asociază Papaverina, injectată i.v. sau i.m. la intervale de 3—4 ore cîte 0,04 g/doză.

3) Se suprimă cauza : se scoate aparatul ghipsat și se înlocuiește cu o atelă Crammer bine vătuită, pentru a asigura totuși imobilitatea focarului de fractură, sau se taie ghipsul fără a-l scoate, transformîndu-l într-un jgheab larg. Această soluție nu are însă nici o valoare dacă ghipsul flectează antebrațul pe braț într-un unghi mai mic de 90 ° (!).

4) Se menține membrul superior într-un plan deasupra corpului, ca să se ușureze introducerea venoasă și limfatică.

5) Se învelește antebrațul de la cot pînă la mînă, cu un pansament umed, călduț.

Astfel tratat, bolnavul este evacuat cu caracter de urgență, consemnîndu-se orarul evoluției, tratamentul aplicat și rezultatul obținut.

19.6. SINDROMUL TIBIAL ANTERIOR

Sindromul tibial anterior este o entitate anatomo-clinică caracterizată prin suferința acută a mușchilor și nervilor cuprinși în compartimentul tibial anterior datorită creșterii presiunii într-un spațiu inextensibil. Aceasta se datorește acumulării de lichid interstițial în mușchi sau de sînge. Extravazarea de lichid poate fi produsă de orice cauză capabilă să modifice hemodinamica și permeabilitatea capilară în mușchii

Scanned with OKEN Scanner

respectivi. Sindromul tibial anterior apare în trei circumstanțe etiopatogenice : efortul, traumatismul și dezordini de ordin vascular.

Elementul evocator este durerea. Ea este localizată la nivelul gambei și corespunde topografic compartimentului tibial anterior. La început durerea este tolerabilă, dar cu trecerea orelor devine din ce în ce mai intensă și chinuitoare. La inspecție, tegumentul este normal. La palpare, regiunea este dureroasă și durerea este intensificată prin mișcarea activă a piciorului. La început, gamba are o consistență și un volum normal. Progresiv, tegumentul corespunzător compartimentului tibial anterior se congestionează. El apare eritematos și este fierbinte. Volumul gambei, măsurat comparativ cu gamba sănătoasă, este mai mare și de consistență crescută. În această etapă evolutivă apare și incompetența de contracție a mușchilor. Primii care nu mai răspund sînt tibialul anterior și extensorul lung al halucelui. Extensorul lung al degetelor cedează ultimul. Apariția lipsei de contracție a extensorului lung al degetelor este un semn al gravității leziunilor musculare.

Tabloul anatomo-clinic poate fi confundat cu cel al celulitei acute, al unei contuzii musculare, cu o tromboflebită, cu o fractură a tibiei, cu erizipelul, cu miozita, cu periostita etc. Sindromul tibial anterior este o urgență chirurgicală.

Tratamentul trebuie început înainte de dispariția pulsului la nivelul arterei pedioase și constă din diagnosticarea promptă și din internarea cu caracter de urgență în vederea decomprimării.

19.7. SINDROMUL DE STRIVIRE

Sindromul de strivire sau de îngropare evoluează în două etape : etapa de compresiune și etapa de decompresiune.

1) Etapa de compresiune

Etapa de compresiune corespunde timpului în care țesuturile membrelor au fost în ischemie datorită apăsării. Pentru ca să se dezvolte sindromul de strivire, este necesar ca ischemia să dureze o anumită perioadă de timp, apreciată în medie la 8—10 ore și să intereseze o masă mai importantă musculară, ca, de exemplu, cea a membrelor inferioare.

2) Etapa de decompresiune

Etapa de decompresiune începe în momentul degajării accidentatului. Ea evoluează în trei faze în succesiune : faza de edem, faza de șoc și faza de anurie.

a) *Faza de edem.* În afara modificărilor legate de leziunea produsă în momentul îngropării, ca hematoame, fracturi, atriții musculare, plăgi contuze etc., primul semn care apare și se dezvoltă după degajarea ac-

Scanned with OKEN Scanner

cidentatului de sub dărîmături îl constituie tumefierea rapidă și masivă a membrelor traumatizate.

Edemul din sindromul de zdrobire este un edem dur. Procesul de extravazare durează 4—5 zile. Dacă accidentatul supraviețuiește acestei perioade, edemul începe să se resoarbă.

b) *Faza de șoc* (hipovolemie). Faza de șoc evoluează în două etape: o etapă inițială care începe odată cu constituirea edemelor și durează pînă cînd mijloacele proprii ale organismului pot compresa pierderea de lichid (hipovolemie) și o a doua etapă, de prăbușire circulatorie, care se termină prin moarte.

c) *Faza de anurie*. Această fază evolutivă a sindromului de strivire se caracterizează clinic prin insuficiența renală acută.

Tratamentul la locul accidentului și în timpul transportului urmărește combaterea constituirii edemelor și compensarea hipovolemiei. Combaterea expansionării edemelor se face prin înfășarea compresivă elastică a membrelor zdrobite și prin menținerea accidentatului în plan decliv. Hipovolemia se compensează prin perfuzare i.v. cu soluție de Dextran, glucoză 5% sau cu soluție clorurosodică izotonă. Transfuzia de sînge este prohibită, deoarece accidentatul este în hemoconcentrație. Aceasta este datorită pierderii de fază lichidă, necelulară din sînge. Infecția este prevenită prin tratarea plăgilor. Antibioterapia este orientată în primul rînd împotriva infecțiilor cu anaerobi (Penicilină, Ampicilină).

În scopul de a preveni sau de a reduce precipitarea cristalelor de mioglobină în tubii renali, se va administra de la început i.v. sol. de bicarbonat de sodiu. Este preferabil însă să se administreze bicarbonatul și pe cale orală în cantitate de 20—40 g pe zi. În cazurile în care din cauza alcalozei apar fenomene de tetanie, pentru a o combate se va administra i.v. calciu gluconic sau clorat.

20. SINDROMUL DE ISCHEMIE ACUTĂ PERIFERICĂ (POSTTRAUMATICĂ)

Problema esențială a traumatismelor arterelor membrelor este „factorul timp", care reprezintă cel mai patogen factor adițional de gravitate. Marginea de siguranță pentru viabilitatea musculaturii în ischemie este de 4—8 ore, după care leziunile sînt ireversibile chiar dacă s-a restabilit continuitatea arterială.

Consecințele hemodinamiee se exprimă pe plan clinic prin dispariția pulsului periferic, prin dispariția pulsului capilar la nivelul patului

Scanned with OKEN Scanner

unghial, prin paloarea tegumentului care atestă întreruperea irigației arteriale a dermului, prin deshidratarea tegumentului care în timp se zbîrcește și prin aspectul venelor subcutanate, care sînt „goale", lăsînd jgheab dacă se trece cu degetul peste ele în sens centripet. Se va ține seama că paloarea tegumentului este un semn comun în șocul traumatic, în anemia acută și în șocul hemoragic. Ea trebuie apreciată comparativ cu cea a membrului contralateral și a restului corpului. Se va ține seama de acest fapt mai ales dacă accidentatul este examinat la lumina artificială în care paloarea este mai puțin evidentă decît la lumina naturală. Paloarea apare odată cu producerea stopului arterial și se menține ca atare, luînd un aspect livid.

— **Paloarea** trebuie coroborată cu diferența de temperatură a pielii, apreciată cu dosul mîinii. Temperatura este mai coborîtă în teritoriul în ischemie.

— **Pulsul periferic.** Palparea pulsului periferic se face la locurile de elecție. Se apreciază comparativ simetric și se ține seama de calitatea pulsului carotidian, de a celui de la nivelul rădăcinii membrelor precum și de valorile tensiunii arteriale. Dacă pulsul este absent, localizarea obstacolului este deasupra nivelului lui. Dacă palparea pulsului periferic este incertă și sînt prezente semnele neurologice de deficit senzitivomotor, leziunea arterială este sigură.

— **Durerea ischemică.** Diferențierea între durerea de origine ischemică și cea produsă de traumatismul țesuturilor moi sau unei fracturi este greu de apreciat. Greutatea diferențierii este și mai mare în cazul în care accidentatului i s-a aplicat un garou în momentul acordării primului ajutor. Durerea ischemică este precoce, intensă și are un caracter parestezic sub formă de înțepături și arsuri. Este de reținut un fapt cu valoare de diferențiere : durerea de ischemie nu se ameliorează după reducerea și imobilizarea fracturii, ci persistă și se intensifică cu trecerea orelor.

— **Deficitul senzitivomotor.** Originea ischemică a deficitului este greu de diferențiat de cea produsă prin leziunea traumatică a nervilor, în cazurile în care leziunea arterială coexistă cu cea nervoasă. Este însă de reținut că deficitul senzitiv de cauză ischemică nu respectă nici o schemă de distribuție. El corespunde teritoriului în anoxie și ia forma „în mănușă", respectiv în „ciorap". Acest tip de hipoestezie, care se transformă rapid în anestezie, este un semn precoce al ischemiei.

Deficitul motor se constituie progresiv și devine total pentru mușchii ischemiați. Limita maximă de toleranță a ischemiei pentru structura musculară este de maximum 48 ore. Peste acest interval modificările devin ireversibile.

Scanned with OKEN Scanner

Parestezиile (durerea ischemică) și deficitul motor (paralizia mușchilor) sînt semnele cele mai importante pentru aprecierea severității evoluției ischemiei. Dacă sensibilitatea și motricitatea se mențin nemodificate în condițiile prezenței celorlalte semne de ischemie — paloare, absența pulsului periferic și răceala extremității —, prognosticul este benign și gangrena nu se va produce.

20.1. ASISTENȚA DE URGENȚĂ ÎN TRAUMATISMELE ARTERELOR MEMBRELOR

1) În cazul plăgilor largi, tabloul clinic este dominat de la început de caracterul brutal, pulsatil și masiv al hemoragiei. În asemenea situații, diagnosticul se impune din prima clipă.

Uneori stabilirea diagnosticului de plagă arterială este greu deoarece, la locul accidentului, cei care au dat primul ajutor necalificat au aplicat o compresiune circulară în scop de hemostază provizorie. În asemenea situații, medicul primește un accidentat într-o stare mai mult sau mai puțin gravă, care prezintă o plagă largă și o constricție circulară la rădăcina membrului rănit. Relatările celor care aduc accidentatul despre caracterul hemoragiei sînt de obicei exagerate și neconcludente, iar paloarea membrului și absența pulsului periferic sînt datorită suprimării circulației în urma aplicării constricției circulare.

Pentru a evita menținerea inutilă a garoului, a cărui consecințe se agravează cu trecerea timpului, este necesar să se stabilească existența plăgii arteriale.

Vom proceda astfel : comprimăm digital artera deasupra plăgii în locul de elecție, se relaxează progresiv compresiunea circulară pînă la anularea ei fără să se scoată din jurul membrului ; reducem apăsarea digitală de pe arteră fără să ne deplasăm degetele, care trebuie să păstreze contactul cu pulsul arterial și se așteaptă. Se pot ivi două eventualități : o hemoragie brutală, cu caracter arterial sau o sîngerare a plăgii, cu caracter mai mult sau mai puțin difuz.

În cazul sîngerării de tip arterial, în clipa în care aceasta s-a manifestat, se va comprima digital artera și se aplică o constricție circulară elastică „țintită" și cît mai proximal de plagă. În cazul în care nu s-a manifestat o hemoragie cu caracter arterial, aceasta poate fi datorată fie integrității arterei axiale, fie hemostazei spontane temporare prin constricția capetelor arteriale și dezvoltării unui cheag. În această situație, hemoragia arterială se poate reproduce în orice moment. Din acest motiv, transportul se va face numai cu garoul aplicat, însoțit de un ca-

Scanned with OKEN Scanner

dru medical care îl va putea strînge de îndată ce hemoragia se manifestă.

2) În plăgile membrelor produse prin înțepare cu cuțitul, tije metalice etc., leziunea arterială nu se mai exprimă dominant printr-o hemoragie externă evocatoare, deoarece traiectul și orificiul cutanat al soluției de continuitate sînt mici. Din acest motiv, tabloul anatomo-clinic nu mai este dominant de abundența hemoragiei externe și de caracterele largi ale plăgii, ci de modificările care se dezvoltă la nivelul segmentului de membru unde se găsesc plaga arterială și de cele de la nivelul segmentului distal. Deoarece hematomul disecant-compresiv sau fistula arteriovenoasă constituie evoluția naturală a acestor leziuni, se va proceda la executarea hemostazei provizorii, la începerea refacerii volumului circulant și se va asigura transportarea în spital.

Se va avea în vedere întotdeauna în prezența unui traumatism sever al membrelor faptul că ischemia acută poate trece neobservată, fiind acoperită de starea de șoc, respectiv de hipotensiunea arterială și de absența pulsului periferic la toate membrele. Ischemia acută va putea fi recunoscută în aceste cazuri numai după ce tensiunea arterială și pulsul periferic sînt refăcute în urma recondiționării volumului circulant.

21. TRAUMATISMELE VENELOR SUPERFICIALE ALE MEMBRELOR

Plăgile venelor superficiale se întîlnesc la nivelul antebrațului și la nivelul gambei.

La nivelul antebrațului cauza cea mai frecventă o constituie tentativa de sinucidere. De obicei, secționarea nu ajunge la artera radială. Hemoragia venoasă care rezultă este impresionantă, mai ales prin circumstanțele dramatice, și este mărită prin aplicarea incorectă a constricției circulare, cu intenție hemostatică, de cei care dau primul ajutor.

Caracterul incorect al hemostazei se datorește faptului că strîngerea circulară nu este atît de mare încît să oprească circulația arterială spre extremitate, dar suficient de puternică pentru a suprima întoarcerea venoasă deasupra plăgii. Aceasta este urmată de stază și de creșterea presiunii venoase și prin aceasta debitul sîngerării prin venele secționate crește prin capetele periferice.

La nivelul membrelor inferioare, cele mai frecvente leziuni venoase sînt cele care se produc pe o venă varicoasă de la nivelul gambei. Ve-

Scanned with OKEN Scanner

nele varicoase sînt voluminoase, au un perete subțire și fragil. Sîngerarea unei astfel de vene patologice poate fi atît de mare încît să ducă la stare de anemie acută și hipovolemie.

21.1. TRAUMATISMELE VENELOR PROFUNDE ALE MEMBRELOR

Venele profunde ale membrelor pot fi rănite în cursul unui traumatism închis sau deschis. De obicei, plaga venoasă se produce concomitent cu rănirea arterei omonime.

Rănirea izolată a unei vene mari profunde, ca vena femurală, poplitea sau humerala, în cadrul unui traumatism închis este excepțională Ea este urmată de producerea unui hematom difuz. Rănirea izolată a unei vene profunde mari, produsă în condițiile unui traumatism deschis se manifestă prin hemoragie externă. Sîngele în hemoragia venoasă are o culoare închisă, roșu spre negru, sîngerarea este continuă, ea poate fi masivă dar niciodată pulsatilă.

21.2. LEZIUNILE TRAUMATICE ALE VENELOR MARI

Rănirea sau dilacerarea unei vene mari, ca iliaca, subclavia, vena cavă, sînt extrem de grave. Tabloul clinic este brutal și dramatic. Moartea se produce de obicei înainte de a se fi putut interveni chirurgical. Moartea se datorește hipovolemiei acute, care duce la insuficiența irigării centrilor nervoși și miocardului.

21.3. TRATAMENTUL LEZIUNILOR TRAUMATICE ALE VENELOR MEMBRELOR

Medicul întîlnește două eventualități : leziuni ale venelor superficiale — subcutanate și leziuni ale venelor profunde. În ambele eventualități, hemoragia va fi stăpînită prin compresiunea venei și prin reducerea presiunii venoase.

— Compresiunea se exercită direct cu degetele asupra locului de unde provine sîngerarea și se menține pînă la aplicarea unui bandaj circular. Bandajul nu se aplică exclusiv peste regiunea plăgii, deoarece fașa fiind trasă sub oarecare tensiune va produce stază în teritoriul ve-

Scanned with OKEN Scanner

nos subiacent. Din acest motiv se procedează după cum urmează : „golirea sîngelui" venos din membrul rănit prin ridicarea acestuia cît mai aproape de verticală, accidentatul fiind în decubit dorsal, tragerea feşei se începe de la extremitatea membrului şi se înfăşează circular, centripet, cu o apăsare care se exercită egal, mişcarea făcîndu-se ca şi cum s-ar urmări evacuarea sîngelui din venele subcutanate. Înfăşarea trebuie să depăşească cu un lat de palmă plaga. Dacă pansamentul şi faşa sînt „străpunse" de sînge odată cu aşezarea membrului în planul corpului, se va aplica încă un pansament şi peste aceasta încă o faşă după aceeaşi tehnică.

— Reducerea presiunii venoase. Pentru a o reduce, în scopul scăderii sîngerării şi a favoriza întoarcerea venoasă prin colectorii profunzi, se va recurge la plasarea membrului respectiv în plan decliv. Pentru membrul superior declivitatea se obţine prin aşezarea de perne într-un plan care depăşeşte planul toracelui, iar pentru membrele inferioare ridicarea tărgii la o înclinare declivă de cca 15°—20°.

Comprimarea unei vene profunde se obţine prin introducerea de meşe de tifon. Meşele trebuie să ocupe toată cavitatea plăgii pînă în fundul ei şi să exercite o presiune asupra versanţilor plăgii. Lipsa de curaj şi energie în executarea mesajului datorită reţinerii generată de teama de a agrava leziunile nu este admisă. Sîngerarea nu se opreşte decît dacă compresiunea turteşte vena şi prin aceasta, suprimarea fluxului venos şi ieşirea sîngelui prin breşă.

Menţinerea compresiunii pe durata transportului se obţine prin înfăşare circulară, după tehnica arătată mai sus. După caz, după ce s-au „îndesat" meşele, ele mai pot fi menţinute în poziţia de apăsare prin trecerea a 2—3 fire, la distanţă, prin buzele plăgii şi înodate sub tensiune.

În cazul leziunilor izolate ale venelor hemostaza prin garou nu este admisă, deoarece se suprimă şi circulaţia arterială. De aceea pentru a evita consecinţele ischemierii inutile a membrului, se va recurge la hemostaza prin compresiune.

În cazul rupturilor de venă produse în cursul traumatismelor închise sau în urma luxaţiei de umăr, de şold sau genunche, precum şi în plăgile venoase din traumatismele deschise, dar cu soluţie de continuitate minimă, tratamentul constă din imobilizarea membrului rănit şi după caz, se va aplica o înfăşare compresivă, pentru a se opune o rezistenţă în calea dezvoltării şi expansionării hemoragiei interstiţiale şi constituirii hematomului.

Regulă : În cazurile în care se presupune o leziune a axului ileocav, nu se va cateteriza vena safenă internă, ci o venă tributară venei cave superioare, ca vena jugulară sau vena subclaviculară. Această atitudine are în vedere evitarea ieşirii lichidului perfuzat prin breşa venoasă înainte ca aceasta să fi pătruns în circulaţia sistematică.

22. ATITUDINEA ÎN LEZIUNILE TRAUMATICE ALE NERVILOR PERIFERICI ÎN CADRUL ACORDĂRII ASISTENȚEI DE URGENȚĂ

Pentru medicul de salvare se impun trei obiective : recunoașterea leziunilor nervoase, asigurarea evitării riscului de agravare a leziunilor prin manevrarea incorectă a accidentatului pe durata transportului, și consemnarea diagnosticului de leziune nervoasă.

1) Recunoașterea leziunii nervoase în condițiile asistenței de urgență nu este întotdeauna ușoară, deoarece accidentatul este ori un politraumatizat a cărui stare generală acoperă deficitul senzitivo-motor de la nivelul unui membru, ori este purtătorul unei leziuni deschise, a unei fracturi sau luxații în care impotența funcțională acoperă pe cea de origine nervoasă.

În eventualitățile în care accidentatul poate coopera, se va folosi următoarea schemă care permite o orientare rapidă asupra stării nervilor periferici :

La membrul superior : — nervul median : testul lui Ochsner ; — nervul radial : mîna căzută și în pronație ; — nervul cubital : testul lui Froment.

La membrul inferior : — nervul sciatic popliteu extern și nervul tibial anterior ; — se cere să se execute extensia (dorsoflexiunea halucelui).

Nervul sciatic popliteu intern și nervul tibial posterior : — se cere să se execute flexiunea (flexiunea plantară) a halucelui.

În cazurile în care din cauza leziunilor osoase, osteoarticulare sau ale părților moi, aceste manevre sînt imposibile, se va recurge la cercetarea sensibilității dureroase cu vîrful unui ac.

2) Evitarea agravării leziunilor nervului. În cazul leziunilor produse în cadrul unui traumatism deschis în care nervul a fost secționat sau întrerupt parțial sau total, tratamentul se reduce la cel al soluției de continuitate prin care s-a produs și leziunea nervoasă.

În cazul traumatismelor închise în care deficitul nervos a fost produs prin deplasarea capetelor unei fracturi sau în urma unei luxații, tratamentul va consta din încercarea de reducere a fracturii sau disjuncției articulare, din imobilizarea membrului și din evacuarea accidentatului. Această atitudine este obligatorie, deoarece un nerv se găsește sub tensiune mecanică, întins ca o coardă peste relieful osos, sau este comprimat, se degradează prin ischemiere în raport cu timpul care se scurge, sau în urma contuzionării și tracționării prelungite și repetate. Dacă se reușește să se obțină chiar o reducere relativă, nervul este totuși dega-

jat și restabilirea lui funcțională se va face în orele, zilele sau săptămînile următoare. Imobilizarea provizorie a membrului se va face în raport cu mijloacele de care dispunem. Ea va fi executată astfel încît pe parcursul transportului să se evite ca prin mișcarea fragmentelor osoase să se producă contuzionarea, elongarea sau zdrobirea nervului.

3) Consemnarea diagnosticului de leziune nervoasă în momentul acordării asistenței de urgență este indicată. Prin aceasta se evită riscul responsabilității medico-judiciare, care poate fi uneori ridicat de accidentat sau de aparținători, cu referire la precocitatea, calitatea și competența tratamentului aplicat în momentul acordării primei asistențe de urgență.

23. COMPETENȚELE CHIRURGICALE ALE MEDICULUI DE SALVARE ÎN TRATAMENTUL PLĂGILOR RECENTE

1) Medicul de salvare este obligat să asigure tratamentul de urgență corespunzător al oricărei plăgi, indiferent dacă accidentatul va rămîne dispensarizat sau nu, ținînd seama că de precocitatea și calitatea asistenței de urgență depinde evoluția bacteriologică a plăgii.

2) În competența chirurgicală a medicului de salvare intră toate plăgile superficiale. El va fi atent să nu considere ca atare o plagă profundă sau penetrantă.

3) Pentru a nu-și asuma o răspundere care îl depășește și pentru a nu pune în pericol viața accidentatului, va interna cu caracter de urgență următoarele categorii de plăgi :

— plăgile superficiale întinse și cu precădere cele contuze ;

— plăgile contuze cu pierdere de tegument ;

— plăgile prin avulsiune, cu lambou cu risc de necroză precoce sau tardivă ;

— orice plagă, indiferent de dimensiuni sau localizare la care nu s-a putut aprecia dacă este sau nu profundă ;

— orice plagă evident profundă ;

— toate plăgile însoțite de fractură, chiar dacă aceasta este numai a unei falange ;

— toate plăgile complicate, cu leziuni asociate de tendon, nerv etc., indiferent de dimensiunile ei ;

— toate plăgile mîinii care implică un risc morfofuncțional ;

— toate plăgile dintr-o regiune articulară, chiar dacă aparent sînt benigne dar există o îndoială în ceea ce privește integritatea sinovialei.

Scanned with OKEN Scanner

23.1. PLĂGI CONTUZE PROVOCATE PRIN MUȘCĂTURA DE ANIMAL SAU DE OM

Mușcătura poate fi provocată de animale domestice, sălbatice și de om. Plăgile mușcate sînt contuze și profund contaminate. În afara complicațiilor infecțioase de la nivelul plăgii, mușcătura este o poartă de intrare și pentru unele infecții sistemice grave.

23.2. TRATAMENTUL DE URGENȚĂ A PLĂGILOR MUȘCATE

Regulă : Orice mușcătură de animal trebuie considerată ca avînd un potențial de infectare rabică, pînă la demonstrarea contrariului. Tratamentul plăgilor mușcate este local și general.

Regulă : Tratamentul local, dacă este aplicat precoce și corect, are o valoare profilactică tot atît de mare ca și tratamentul antirabic specific.

Regulă : În caz de suspiciune, ambele linii terapeutice sînt obligatorii.

Tratamentul local constă din :

1) Raderea regiunii, dacă aceasta este acoperită cu păr.

2) Spălarea cu săpun sau cu un detergent de uz medical (Bromocet 1—2%), inclusiv a plăgilor. Spălarea trebuie să fie abundentă, folosind cîțiva litri de apă, insistentă și minuțioasă la nivelul plăgilor.

3) Uscarea regiunii prin ștergere și tamponare cu comprese sterile.

4) Badijonarea zonei din jurul plăgii cu un antiseptic de tipul alcool iodat, Metrosept.

5) Excizia marginilor plăgii sub anestezie locală, lăsînd în mod deliberat ca plăgile să sîngereze în acest timp. Prin aceasta se urmărește reducerea numărului germenilor pătrunși în țesuturi. Sîngerarea liberă din plagă trebuie favorizată prin poziție declivă sau prin stază venoasă. La membre aceasta se obține prin aplicarea temporară a unui garou.

6) Sutura plăgilor mușcate este interzisă chiar și în cazurile în care tratamentul este aplicat în primele 6 ore de la producerea mușcăturii. Sutura este admisă în cazul plăgilor cu lambouri, dar va fi executată numai la nivel de spital.

Tratamentul general. În mod obligatoriu necesită : a) profilaxia tetanosului ; b) administrarea antibioticelor din grupul betalactaminelor. Penicilină, Ampicilină, pentru a preveni o eventuală infecție anaerobă și pentru acțiunea lor asupra clostridiilor tetanice ; c) în raport cu datele proprii ale cazului, se va decide vaccinarea antirabică.

Scanned with OKEN Scanner

23.3. ATITUDINEA ÎN CAZURILE PLĂGILOR MUȘCATE VĂZUTE CU ÎNTÎRZIERE ȘI CU SUSPICIUNEA INFECȚIEI RABICE

Obiectivul este de a preveni declanșarea infecției rabice, care odată apărută duce la moarte.

— Perioada de incubație a turbării durează de la 10 la 360 de zile. Durata medie este de 120 zile. Se va ține seama că, în cazul mușcăturilor la față, gît sau membrele superioare, incubația are o medie de 30 de zile. Aceasta este perioada terapeutică după care turbarea devine clinică, ireversibilă și nemai putînd fi influențată prin tratament.

La om, turbarea evoluează în două etape : prodromală și de stare.

— Perioada de invazie este scurtă, între 2 pînă la 4 zile. În această fază, bolnavul se plînge de parestezii la locul mușcăturii, care este însă vindecată sau în curs de vindecare. El prezintă o stare febrilă și manifestă o neliniște și o frică ciudată produsă de un curent de aer : aerofobie.

— Perioada de stare se caracterizează prin senzația de moarte iminentă, prin crize de sufocare, prin accese de furie, sialoree și printr-o repulsie intensă față de apă, a cărei simplă vedere declanșează un spasm dureros al mușchilor laringieni, cu senzația de sufocare și de moarte iminentă : hidrofobie.

— Perioada de stare se termină prin moarte. Aceasta se produce fie prin spasm glotic, care duce la insuficiență respiratorie acută și stop cardiac, fie prin paralizia centrilor bulbari.

Ținînd seama de gravitatea mortală a infecției rabice și de faptul că vaccinarea este eficientă numai dacă este începută precoce în perioada de incubație a bolii, se desprinde următoarea regulă : la cea mai mică suspiciune de risc rabic, accidentatul va fi dirijat la un centru antirabic, singurul în măsură de a decide asupra atitudinii terapeutice de urmat.

23.4. ATITUDINEA FAȚĂ DE ANIMALUL CARE A PRODUS MUȘCĂTURA

Animalul care a produs mușcătura poate fi necunoscut și să i se piardă urma : poate fi necunoscut dar este capturat, sau să fie cunoscut și fără semne de turbare. În prima eventualitate, vaccinarea antirabică este obligatorie iar în celelalte două eventualități, animalul va fi ținut sub observație 10 zile. În cazul în care animalul este infectat, apar semnele turbării.

Scanned with OKEN Scanner

Semnele clinice ale turbării la animal sînt : indiferența, apariția și tristețea, mișcări dezordonate, impulsul de a apuca, a mușca și paralizia coardelor vocale. De la constituirea acestui tablou clinic, care durează 2—5 zile, animalul moare. În acest caz, animalul va fi sacrificat avînd grijă să nu se distrugă integritatea extremității cefalice. Capul va fi trimis de urgență centrului antirabic, însoțit de o notă explicativă. Dacă trimiterea nu se face imediat, capul va fi conservat la +4 °C. Se va evita congelarea care, odată produsă, împiedică punerea în evidență a corpusculilor lui Babeș-Negri. Într-o asemenea situație, accidentatul este îndrumat către centrul antirabic.

24. TRATAMENTUL PLĂGILOR RECENTE

Accidentatul care prezintă o rană se poate găsi în una din următoarele trei eventualități anatomo-clinice :

1) plaga are un risc vital imediat, acesta poate fi datorat fie plăgii ca atare, fie altor leziuni concomitente ;

2) plaga nu are risc vital imediat, dar prezintă caractere anatomopatologice care depășesc competența și posibilitățile tehnice ale medicului salvării ;

3) plaga nu prezintă un risc vital imediat și leziunile anatomopatologice nu depășesc nici competența și nici posibilitățile tehnice ale medicului de salvare.

În prima eventualitate, exceptînd oprirea hemoragiei și operculareа toracelui deschis, tratamentul de primă urgență al plăgii intră pe plan secundar. În situația riscului vital iminent, obiectivul este de a asigura supraviețuirea, aplicînd după caz resuscitarea cardiorespiratorie, refacerea și menținerea volumului circulant. În aceste cazuri, atitudinea față de plagă va fi luată în raport cu caracteristicile ei anatomo-patologice, cu durata transportului, cu posibilitățile tehnice și competența medicului de salvare. În cazurile în care timpul pînă la internare va dura (în ore), medicul are obligația de a proceda la efectuarea primelor îngrijiri.

Regulă : Ori de cîte ori posibilitățile tehnice sau competența sînt depășite, este mai util un pansament steril bine fixat decît o tentativă terapeutică făcută la întîmplare.

Regulă : Badijonarea cu tinctură de iod este contraindicată pe tegumentul subțire și bogată în glande sudoripare : axilă, perineu, regiunea

Scanned with OKEN Scanner

inghinoabdominală și inghinocrurală, plica submamară, față și pielea capului.

Regulă : Trebuie evitată pătrunderea dezinfectantului tegumentar în plagă, deoarece efectul bactericid este nesemnificativ, produce dureri inutile, necroză secundară și o scădere a potențialului imunobiologic local.

Regulă : Dezinfectarea zonei limitrofe plăgii trebuie să se întindă în raport cu mărimea plăgii și la cel puțin 6—7 cm de la marginile ei.

24.1. REGULI ÎN TRATAMENTUL PLAGILOR RECENTE

O plagă văzută în primele ore de la producere ridică trei probleme : stabilirea bilanțului leziunilor ; tactica și tehnica asistenței de urgență și aproximarea prognosticului.

În stabilirea bilanțului lezional sînt incluși trei factori : anatomia patologică a leziunii, localizarea topografică a plăgii și timpul scurs de la rănire.

Plăgile care prin mărime, adîncime sau topografie depășesc evident posibilitățile dispensarului, nu constituie o problemă. Problema este a plăgilor mici, care sînt cel mai adesea și superficiale, dar care, nu rareori, sub aparența lor benignitate ascund un potențial de gravitate care poate deveni catastrofal.

Stabilirea bilanțului leziunilor este uneori posibilă de la prima vedere. Alteori însă, este necesară explorarea plăgii. Explorarea unei plăgi recente este împiedicată adeseori de sîngerare. Pentru a se asigura „uscarea" plăgii, se va ține seama de următoarele recomandări :

— dacă primul pansament a fost aplicat cu cîteva ore înainte, chiar la locul accidentului, există posibilitatea ca hemoragia să fi fost oprită prin hemostaza spontană și sub acțiunea compresivă a pansamentului ; din acest motiv, pentru a preveni redeșteptarea sîngerării, ridicarea pansamentului trebuie făcută cu blîndețe, urmărind ca mișcarea să reproducă pe cea care s-ar face în dezlipirea unui timbru ;

— dacă la ridicarea pansamentului se produce totuși o hemoragie, se va aplica și apăsa plaga cu comprese sterile ;

— în cazul plăgilor a căror sîngerare se datorește leziunii vaselor mici, menținerea apăsării sub controlul ceasornicului (!) timp de 5—6 minute, duce de regulă la oprirea sau la reducerea sîngerării, astfel încît explorarea devine posibilă ;

— dacă sîngerarea este masivă, medicul nu trebuie să intre în panică, deoarece, orice hemoragie a cărei origine este accesibilă degetelor

Scanned with OKEN Scanner

sau mîinii poate fi oprită din clipa în care plaga vasculară este comprimată ; în aceste cazuri, sub controlul compresiunii directe, se aplică garoul, după care evaluarea leziunilor nu mai este împiedicată de sîngerare.

Dacă plaga este „uscată", aprecierea dimensiunilor ei devine ușoară, în schimb evaluarea adîncimii poate fi greu sau imposibil de stabilit.

Regulă : Dacă medicul nu poate pune în evidență și nu vede „fundul" plăgii, cazul este încredințat specialistului.

24.2. COMPETENȚA CHIRURGICALA A MEDICULUI DE SALVARE ÎN TRATAMENTUL PLĂGILOR RECENTE

1) Medicul de salvare este obligat să asigure tratamentul de urgență corespunzător al oricărei plăgi, indiferent dacă accidentatul va rămîne internat sau nu, ținînd seama că de precocitatea și calitatea asistenței de urgență depinde într-o mare măsură evoluția bacteriologică a plăgii.

2) În competența chirurgicală a medicului de salvare intră toate plăgile superficiale.

3) Pentru a nu-și asuma o răspundere care îl depășește și pentru a nu pune în pericol viața accidentatului, va îndruma de urgență către specialist următoarele categorii de plagă :

— plăgile superficiale întinse și cu precădere cele contuze ;

— plăgile contuze cu pierdere de tegument ;

— plăgile prin avulsiune, cu lambou cu risc de necroză precoce sau tardivă ;

— orice plagă, indiferent de dimensiune sau localizare, la care nu s-a putut aprecia dacă este sau nu profundă ;

— orice plagă evident profundă ;

— toate plăgile însoțite de fractură, chiar dacă aceasta este numai a unei falange ;

— toate plăgile complicate, cu leziuni asociate de tendon, nerv etc., indiferent de dimensiunile ei ;

— toate plăgile mîinii care implică un risc morfofuncțional ;

— toate plăgile dintr-o regiune articulară, chiar dacă aparent sînt benigne dar există o îndoială în ceea ce privește integritatea sinovialei.

24.3. PLĂGILE ÎNȚEPATE

Plăgile accidentale pot avea consecințe neînsemnate și trecătoare sau, din contră, pot să fie grave. Evaluarea gravității acestor plăgi nu

Scanned with OKEN Scanner

poate fi făcută decît la nivel de spital, deoarece necesită explorarea chirurgicală imediată. Din aceste motive, internarea de urgență în condițiile de transport asistat a acestei categorii de răniți este obligatorie.

24.4. PLĂGILE ÎNȚEPATE ÎN PLANTĂ, PALMĂ ȘI DEGETE

Cele mai frecvente plăgi înțepate sînt cele produse prin pătrunderea unui cui sau a unui obiect ascuțit în plantă sau în palmă. Riscul acestor plăgi este infecția cu piococi și cu clostridia tetanică.

Tratamentul unei plăgi produsă prin pătrunderea în plantă a unui cui, sîrmă, ciob etc. trebuie să decurgă după cum urmează :

1) Spălarea piciorului cu apă și săpun, urmată de ștergere pentru a usca tegumentul.

2) Badijonarea regiunii cu tinctură de iod, alcool iodat sau Metosept.

3) Anestezie locală cu Xilină 1%. Sînt suficienți cîțiva ml. Se așteaptă 5—10 minute pentru a se obține efectul anestezic.

4) Se excizează cu bisturiul sau cu foarfeca o rondea cu diametrul de 3—5 mm, centrată pe orificiul plăgii.

5) Se excizează rondeaua de piele și țesutul hipodermic în con, astfel încît să se obțină un crater cu o adîncime de 5—7 mm.

6) Plaga astfel obținută se spală abundent cu Bromocet 1% sau soluție clorurosodică izotonă. Irigarea cea mai bună se obține prin jetul dat cu o seringă fără ac sau cu un ac gros, fără vîrf.

7) Plaga se pansează, fără să fie suturată.

8) Profilaxia tetanosului.

9) Antibioterapia profilactică cu betalactamine pentru a preveni infecția cu clostridii (tetanos și gangrenă gazoasă).

10) Se recomandă repausul și evitarea ortostatismului și mersului.

11) Pansamentul se schimbă după 5—6 zile, dacă nu apar semne de infecție.

24.5. PLAGA ÎNȚEPATĂ PRIN CREION DIN ANILINĂ ȘI SUBSTANȚE ULEIOASE INJECTATE SUB PRESIUNE

O situație specială o reprezintă plaga înțepată cu creionul de anilină (creionul chimic), complicată cu ruperea și reținerea vîrfului în țesuturi. Tratamentul acestor plăgi constă din excizia țesutului impregnat de colorant, și natural, și a vîrfului reținționat, cît mai precoce.

Leziunile degetelor produse prin injectarea sub presiune a substanțelor uleioase se produc cel mai adesea la nivelul segmentelor distale

Scanned with OKEN Scanner

ale degetelor, cu precădere la index. Substanța proiectată în masă în țesuturi pătrunde pînă în articulații, în tecile sinoviale și în vase.

Plaga cutanată este mică, uneori punctiformă. Degetul este tumefiat, destins, și nu mai poate fi mișcat. Durerile sînt puternice. Ele se intensifică progresiv, devenind atroce. Tegumentul devine alb-palid.

Medicul are patru obligații : să cunoască gravitatea acestor accidente, să dezinfecteze plaga, să atenueze durerea și să interneze accidentatul ca o urgență maximă.

24.6. PLAGILE ÎNȚEPATE ALE DEGETELOR CU REȚINEREA AGENTULUI VULNERANT

Cea mai frecventă eventualitate o constituie pătrunderea și ruperea acului de cusut. Se ivesc trei situații :

— un capăt al fragmentului rupt depășește tegumentul — extragerea este ușoară ;

— capătul acului nu se mai vede, dar se simte prin palpare la nivelul pătrunderii în deget : bandă circulară pentru hemostază provizorie, anestezie locală la baza degetului, incizia longitudinală a tegumentului la 1/2—1 mm sub nivelul unde se palpează fragmentul, pensa cu care se pătrunde în plagă nu caută acul prin mișcări dezordonate ci îl găsesc. Numai în acest moment, capătul fiind la vedere, acul poate fi prins și scos, orice mișcare necorespunzătoare poate deplasa acul făcîndu-l inaccesibil ; în această situație, nu se mai insistă deoarece extragerea necesită ajutorul radiologului.

— acul nu se vede și nu se palpează în această situație, scoaterea lui se poate face numai sub ecran : radiografia de față și profil nu sînt suficiente și căutarea este însoțită de producerea unor leziuni prea întinse.

O eventualitate mai rară este pătrunderea în deget a unui ac de undiță. Scoaterea lui necesită respectarea următoarei produceri : anestezie locală, dezinfecție riguroasă a degetului, se împinge acul prin masa de țesut pînă ce vîrful iese prin piele, cu un clește care a fost sterilizat se taie acul razant la piele și fragmentul restant se scoate.

Plaga prin ac de undiță are un risc crescut de infecție, inclusiv cel al infecțiilor anaerobe. Din acest motiv, în aceste cazuri antibioterapia profilactică este obligatorie. Se va administra penicilină în doze de 100 000 U/kg corp/24 ore în 4 injecții și nu se va uita sub nici un motiv profilaxia infecției tetanice. Dacă în zilele următoare apar semnele infecției (sînt cele ale panarițiului subcutanat), deschiderea devine necesară.

Scanned with OKEN Scanner

25. RUPTURILE DE TENDON

Rupturile izolate ale corpului unui tendon se produc în cadrul unui traumatism închis.

Rupturile produse într-un traumatism deschis sînt asociate cu alte leziuni ale părţilor moi şi ale oaselor. În aceste cazuri, leziunile tendoanelor se situează la început pe un plan secundar, deoarece gravitatea situaţiei este dată de atriţiile musculare, hemoragie sau fracturi.

25.1. RUPTURA TENDONULUI DISTAL AL BICEPSULUI

Ruptura tendonului distal al bicepsului este mai frecventă decît cea a lungii porţiuni. Regiunea se edemaţiază, este dureroasă la palpare şi palparea nu mai regăseşte relieful tendonului biceptal din spaţiul antecubital.

25.2. RUPTURA TENDONULUI LUI ACHILE

Este o leziune a bărbatului adult. Ruptura se produce în zona cea mai ingustă, la cca 5 cm de la inserţia calcaneană a tendonului. Este de obicei transversală şi cel mai adesea numai parţială. Ruptura este însoţită de o durere sincopată. Sprijinirea pe picior şi mersul sînt imposibile. Regiunea se edemaţiază. Flexia plantară este imposibilă din cauza durerii. Ea este greu de evaluat, deoarece este compensată prin acţiunea muşchilor tibial posterior şi lungul flexor al halucelui.

La palpare, în locul reliefului tendonului achilian se găseşte o depresiune, iar musculatura posterioară a gambei este ascensionată.

25.3. RUPEREA TENDOANELOR EXTENSORILOR DEGETELOR MÎINII

Ruptura tendonului extensor se produce ca urmare a unei flexiuni forţate a falangei distale, care are loc concomitent cu contracţia puternică a extensorului. În aceste condiţii, inseraţia tendonului de pe faţa dorsală a falangei distale cedează şi se rupe.

Recunoaşterea clinică se bazează pe durerea vie produsă în condiţiile unui traumatism, pe localizarea durerii şi pe imposibilitatea de a executa extensia activă a falangei distale.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul constă în imobilizarea degetului timp de 3—4 săptămîni într-un degetar din fașe ghipsate sau cu ajutorul unei atele aplicată ventral sau dorsal.

25.4. LEZIUNILE EXTENSORILOR DEGETELOR MÎINII

Extensorii degetelor pot fi secționați sau rupți pe fața dorsală a mîinii sau la nivelul degetelor.

Secționarea extensorilor la nivelul mîinii se recunoaște clinic după poziția „căzută" a degetelor sau degetului și din imposibilitatea executării extensiei falangei proximale.

Secționarea la nivelul zonei articulației interfalangiene distale determină flexia falangei distale și imposibilitatea executării extensiei ei.

25.5. LEZIUNILE FLEXORILOR DEGETELOR MÎINII

Întreruperea continuității unui flexor superficial se manifestă clinic prin imposibilitatea executării active a flexiei falangei mijlocii pe falanga proximală.

Punerea în evidență a acestui semn se obține prin imobilizarea falangei proximale și prin solicitarea de a se executa flexia în articulația interfalangiană proximală. Secțiunea flexorului profund se evidențiază prin imposibilitatea flectării falangei distale pe cea mijlocie, aceasta din urmă fiind menținută imobilă.

26. TEHNICA SCOATERII UNUI INEL DE PE UN DEGET TRAUMATIZAT ȘI EDEMAȚIAT

Primul gest în traumatismele degetelor este scoaterea inelului. Prin producerea edemului, acesta nu mai poate fi scos. Compresiunea circulară pe care o produce determină ischemia acută și necroza degetului. Scoaterea inelului se face prin tăierea acestuia cu un clește sau prin reducerea edemului.

Reducerea edemului se obține prin înfășurarea degetului cu o lamă elastică îngustă, de 2—3 mm, sau cu un tub din cauciuc, tot așa de

Scanned with OKEN Scanner

subțire. Înfășurarea se face pas cu pas, de la extremitate spre rădăcina degetului, trăgînd suficient de tare pentru a comprima și exprima lichidul interstițial în sens distal.

27. ATITUDINEA MEDICULUI DE SALVARE FAȚĂ DE FRAGMENTELE DETAȘATE PRIN TRAUMATISM

În mod ideal, toate fragmentele detașate (ureche, nas, degete) trebuie luate, spălate și conservate în soluție clorurosodică izotonă în care s-a introdus penicilină la temperatura gheții, care se topește și trimise odată cu accidentatul. Această atitudine este motivată prin faptul că parte din aceste structuri mai pot fi viabile și ca atare folosite de chirurg în operația de restaurare.

28. COMPLICAȚIILE PRECOCE ALE PLĂGILOR

Complicațiile se referă la plăgile suturate de medicul de medicină generală și dispensarizate de el, la plăgile trimise specialistului și revenite suturate pentru urmărire și pansament la dispensar și la plăgile operatorii recente, cu firele scoase și clinic vindecate.

28.1. INFECȚIA

În raport cu timpul scurs de la apariția primelor semne ale inflamației acute, bolnavul se poate prezenta fie în faza congestivă a acesteia, fie în cea de supurație.

28.2. BOLNAVUL ESTE VĂZUT ÎN FAZA DE CONGESTIE A INFLAMAȚIEI ACUTE

Infecția plăgii se recunoaște după semnele anatomo-clinice ale inflamației acute apărute la nivelul unei plăgi recente, la cîteva zile de la producerea și suturarea ei.

Scanned with OKEN Scanner

Pentru medicul de salvare se pune problema deschiderii imediate a plăgii, ceea ce nu este indiferent nici lui, dar mai ales bolnavului, sau a temporizării sub tratament antibiotic. Această atitudine angajează toată responsabilitatea medicală, deoarece poate duce la un dezastru în cazul în care nu se recunoaște începutul unei infecții grave, agresive și cu implicațiile sistemice ale septicemiei.

La cea mai mică îndoială este de preferat să greșească prin exces terapeutic și va proceda la dezunirea plăgii și la aplicarea tratamentului antiinfecțios. Dacă se apreciază însă că temporizarea deschiderii este posibilă, se va începe un tratament general cu antibiotice, recurgînd la Ampicilină. Local se vor aplica pansamente alcoolizate sau cu Metosept, pentru efectul lor simptomatic asupra durerii și senzației de tensiune din plagă.

Această atitudine este justificată pentru 2—3 zile, dar sub controlul atent al evoluției locale și a celei generale. Fiind în faza congestivă, este posibil ca sub acțiunea tratamentului cu antibiotice și al imobilizării, fenomenele inflamatorii acute să se atenueze și să dispară.

Reguli :

1) La modul ideal, înainte de a începe tratamentul cu antibiotice ar trebui prelevată secreția din plagă, pentru a izola germenul patogen și a-i stabili sensibilitatea la antibiotice. Pentru aceasta ar fi suficient ca între două fire de sutură să se pătrundă cu un vîrf de compresă sterilă, care să fie trimis în condiții corespunzătoare și imediat laboratorului.

2) Dacă fenomenele locale nu retrocedează după primele zile de tratament, deschiderea largă a plăgii devine obligatorie. Temporizarea devine o greșeală care nu este motivată nici de reținerea subiectivă a medicului și nici de cea a pacientului.

3) Tratamentul cu antibiotice se va continua după deschiderea plăgii, numai dacă infecția manifestă semnele clinice ale expansionării locale : celulită acută regională, limfangită, adenită acută sau sistemică — febră, frisoane.

28.3. BOLNAVUL ESTE VĂZUT ÎN FAZA DE SUPURAȚIE A PLĂGII

Faza de supurație a unei plăgi superficiale se recunoaște după bombarea fluctuentă a tegumentului sau, dacă colecția a abcedat, după secreția purulentă care iese din ea și care a îmbibat pansamentul.

Scanned with OKEN Scanner

De regulă, acesta este cazul unei supurații postoperatorii. Operatul părăsește spitalul cu firele scoase și cu mențiunea de „vindecat" pe biletul de ieșire.

Regulă : Deschiderea plăgilor operatorii infectate este de competența specialistului și nu a medicului de salvare. În cazurile extreme, în care bolnavul nu poate fi transportat din motive tehnice și care nu pot fi rezolvate în următoarele 24—48 ore, el este autorizat să încerce evacuarea puroiului. Tratamentul constă din scoaterea firelor și din aplicarea unui pansament alcoolizat.

28.4. HEMATOMUL

Sîngerarea și acumularea sîngelui sub tegumentul suturat al unei plăgi sînt datorate unei hemostaze incomplete sau unei lipse de hemostază.

Hematomul se recunoaște după bombarea tegumentelor din jurul plăgii, după echimoza produsă la distanță și după culoarea albăstruie a acestora. Dacă printre două fire de sutură plaga s-a deschis spontan și prin breșe se scurge sînge proaspăt sau lacat, diagnosticul se exprimă singur.

Tratamentul este simplu : se scot firele, se evacuează hematomul și se spală cavitatea cu soluție clorurosodică izotonă. De regulă, plaga se lasă deschisă și meșată, așteptînd ca vindecarea să se facă per secundum.

28.5. DEZUNIREA PLĂGII

Dezunirea plăgii se produce în urma scoaterii premature a firelor de sutură. Tratamentul constă din recoaptarea plăgii printr-o nouă sutură sau cu ajutorul benzilor adezive.

29. PLĂGILE PIELII CAPULUI

Plăgile pielii capului sînt foarte hemoragice. Hemoragia se stăpînește în primele momente prin apăsarea cu degetele pe marginea plăgii, iar apoi prin sutura acesteia.

Scanned with OKEN Scanner

Decontaminarea și, după caz, excizia marginilor se face ca pentru orice plagă. Drenajul, dacă se consideră necesar, se poate face cu o lamă subțire cît un chibrit, tăiată dintr-un tub de cauciuc sau cu o bandă din cauciuc de mănușă.

Regulă : Nici o plagă a pielii capului despre care nu se poate afirma cu certitudine că nu este însoțită de o leziune osoasă a boltei craniene nu se dispensarizează, ci se transportă specialistului.

Regulă : Nici un traumatism cranian care, în afară de plagă, a prezentat și o pierdere de cunoștință, chiar de scurtă durată, nu se dispensarizează, ci se transportă cu caracter de urgență specialistului.

30. ÎNȚEPĂTURA DE INSECTE

Înțepăturile de insecte pot avea numai urmări trecătoare și benigne, ca pruritul, senzația de arsură și tumefierea la locul unde s-a produs, sau pot avea urmări locale sau generale. Astfel, mușcătura de țînțar se poate infecta ca urmare a leziunilor de grataj și poate duce la dezvoltarea unei infecții în derm sau și în hipoderm, limfangită, celulită acută.

Mușcătura de albină sau de viespe produsă la nivelul mucoasei bucale poate fi urmată de edem glotic. Acesta poate duce la moarte prin asfixie. Gravitatea urmărilor imediate ale pătrunderii interdermice a veninului este în raport cu acțiunea toxică specifică a veninului, cu cantitatea de substanță introdusă respectiv cu numărul înțepăturilor, cu sensibilitatea individuală și cu precocitatea și competența tratamentului aplicat. Toxicitatea veninului de albină sau viespe este dată de o serie de substanțe active, ca histamina și apitoxina. Acestea au o acțiune vasoplegică, proteazină, hemolizantă, neurotoxică, convulsivantă etc.

Tabloul clinic este dominat de senzația de moarte iminentă, accidentatul este acoperit de sudori reci, extremitățile sînt cianozate, pulsul este mic și frecvent, tensiunea arterială se prăbușește. Uneori apar semnele edemului pulmonar. Moartea survine în colaps circulator.

Tratamentul patogenic constă din administrarea i.v. de hidrocortizon. Dozele se adaptează în raport cu gravitatea manifestărilor clinice și cu evoluția lor. Se asociază antihistaminice, substanțe antiproteolitice și se asigură o respirație eficace și un volum circulator adecvat. În cazurile grave și atunci cînd se are la dispoziție, se va injecta ser antitoxic specific.

Scanned with OKEN Scanner

31. MUȘCĂTURA DE ȘARPE

Singurul șarpe veninos din țara noastră este vipera cu corn.

Mușcătura de viperă este gravă. Ea se recunoaște după cele două urme lăsate de colți și care la scurt timp sînt înconjurate de o coroană de vezicule.

Plăgile produse de colții viperei sînt plăgi înțepate care pătrund pînă la hipoderm. Veninul odată pătruns, difuzează în special prin vasele limfatice.

În perioada precoce se produc două categorii de fenomene : unele sînt locoregionale și altele generale.

— Manifestările locoregionale sînt : durerea, congestia eritematoasă și edemul.

— Durerea este de la început vie și persistentă. Eritemul și edemul se constituie progresiv. În cazurile mai ușoare, ele nu depășesc după cîteva ore o arie de 3—15 cm diametru. În cazurile grave, eritemul și edemul depășesc rapid 15—30 cm diametru, iar uneori se extind dincolo de rădăcina membrului.

— Manifestările sistemice se datoresc creșterii permeabilității capilare, modificărilor de coagulare, hemolizei și acțiunii neurotoxice. Consecințele acestor acțiuni se exprimă prin grețuri și vărsături, prin amețeli și stare de obnubilate și prin prăbușirea tensiunii arteriale. În raport cu timpul scurs de la mușcătură, apar echimoze și peteșii generalizate, gingivoragii, epistaxis, hematemeză, hematurie, tulburări de ritm cardiac, anurie și edem pulmonar acut. Accidentatul intră în comă și moare.

31.1. TRATAMENTUL MUȘCATURII DE VIPERA

— Eliminarea cît mai rapidă și completă a veninului din zona în care a pătruns.

— Stînjenirea difuzării veninului ;

— Inactivitatea veninului pătruns în organism și

— Corectarea tulburărilor sistemice.

31.2. TRATAMENTUL LOCAL AL MUȘCATURII DE VIPERĂ

Măsurile locale țin seama de următoarele elemente : veninul se găsește cantonat în primele minute în țesutul celular subcutanat și difuziunea se face aproape exclusiv pe cale limfatică.

Scanned with OKEN Scanner

Măsurile locale urmăresc împiedicarea difuziunii, extragerea veninului și inactivarea lui. Scăderea fluxului limfatic se obține prin culcarea accidentatului și prin aplicarea unui garou la rădăcina membrului.

Pentru ca garoul să asigure blocarea fluxului limfatic și venos din vasele superficiale, el trebuie strîns numai atît încît să permită introducerea unui deget pe sub el. Astfel aplicat, stricțiunea circulară este eficientă și tolerată fără nici un inconvenient, cel puțin 30 de minute și reduce resorbția cu 90%.

31.3. EXTRAGEREA VENINULUI DIN ZONA MUȘCĂTURII

Extragerea veninului din zona mușcăturii se face prin sucțiune sau prin excizie.

31.4. EXTRAGEREA PRIN SUCȚIUNE ȘI PRIN EXCIZIE

Eficacitatea metodei depinde de precocitatea aplicării și de corectitudinea execuției.

Sucțiunea aplicată după 3—5 minute de la producerea mușcăturii asigură extragerea a cca 50% din cantitatea introdusă ; aplicată după 15 minute, eficiența metodei scade la jumătate, iar după 30 de minute nu mai este eficientă.

Metoda sucțiunii aplicată imediat după mușcătură și executată corect, timp de 30 de minute, asigură extragerea a 90% din veninul tisular. Executarea sucțiunii se bazează pe două gesturi : incizia și extragerea.

Incizia se plasează între cele două puncte care marchează mușcătura. Ea este orientată în axul longitudinal al membrului, trebuie să aibă o lungime de 0,5—1 cm și să nu pătrundă mai adînc de fascia de înveliș. Pentru a evita incizia fasciei, tegumentul este ridicat într-o plică cu indexul și policele stîng, iar cu dreapta se secționează pe creasta plăgii. Plica se formează ca și cum s-ar intenționa să se execute o injecție subcutanată.

Sucțiunea orală este permisă numai dacă persoana care o execută nu are leziuni ale mucoasei bucale (clătirea gurii cu apă cu sare, atestă integritatea mucoasei). Veninul nu trece printr-o mucoasă intactă și dacă este incidental înghițit, cu saliva, este inactivat de fermenții digestivi. Manevra se execută pe o durată de cca 30 de minute.

Scanned with OKEN Scanner

Excizia este indicată în cazul în care din motive obiective nu se poate proceda la executarea sucțiunii. Executată în prima oră, îndepărtează întreaga cantitate de venin.

Excizia constă din scoaterea unei rondele de tegument cu hipodermul subiacent pînă la fascia de înveliș. Incizia circulară este centrală pe mușcătură și trebuie să aibă un diametru de cel puțin 5—6 cm.

Inactivarea toxicității veninului din zona mușcăturii se face prin refrigerarea și injectarea de antivenin. Refrigerarea se obține prin aplicarea pungilor de gheață. Prin scăderea temperaturii țesuturilor se urmărește reducerea ratei de absorbție și difuziunea veninului datorită vasoconstricției și o reducere a activității toxice a enzimelor din venin. Metoda nu este aplicabilă la locul accidentului decît în mod teoretic, iar experimental s-a demonstrat că este ineficientă chiar la o scădere a temperaturii țesuturilor la 15 °C.

Cea de-a doua metodă este specifică. Ea se bazează pe efectul neutralizant al antitoxinelor din serul antiviperos. Injectarea se face subcutanat, împrejurul mușcăturilor pentru a se obține un baraj se folosesc 20—30 ml ser antiviperos. Rata de difuziune și absorbție a serului este mică din cauza edemului care se dezvoltă tocmai în regiunea injectată. Pe de altă parte, metoda pentru a fi eficientă trebuie aplicată în timp util.

Tratamentul general al toxemiei enzimatice produsă de veninul de viperă este specific și patogenic. Tratamentul specific se face cu ser antiviperos, administrat pe cale intravenoasă.

Deoarece serul antitoxic se prepară pe cal, testarea sensibilității față de proteina străină este obligatorie. Pentru ca administrarea serului antiviperos să se facă în condiții de securitate pentru accidentat, este necesar să se respecte următoarele reguli :

1) Administrarea serului trebuie să fie lentă și executată sub formă de perfuzie, prin diluarea serului antiviperos în soluție de glucoză de 5%.

2) Se menține garoul aplicat în momentul ce a urmat accidentului pînă ce perfuzia a fost montată și începută.

3) Dacă accidentatul este alergic la proteina de cal, timpul util pentru excizie a fost depășit, iar semnele toxemiei enzimatice sînt prezente, se va recurge totuși la perfuzarea de ser antitoxic, aceasta fiind singura șansă ce se mai oferă accidentatului. Tensiunea arterială, pulsul, respirația și traseul electric al inimii vor fi urmărite la intervale apropiate. La primele semne de alarmă, perfuzia se întrerupe și se administrează cortizon, antihistaminice și simpaticomimetice.

Scanned with OKEN Scanner

32. ARSURILE TERMICE

Arsurile termice se clasifică după adîncimea pînă la care s-a produs necroza.

Arsura de gradul I. Arsura eritematoasă : congestie puternică a tegumentului, usturime dureroasă, urmată de producerea unui edem al pielii şi de o pigmentare trecătoare. Arsură prin expunerea la soare, insolaţia şi şocul caloric.

Cea mai frecventă cauză a arsurii congestive este expunerea intempestivă la soare. Uneori aceasta se însoţeşte şi de o suferinţă sistemică caracterizată prin cefalee, vărsături şi o stare de rău, care poate merge pînă la lipotimie şi colaps. Originea acestor tulburări este congestia vaselor meningee produsă ca urmare a preluării unei cantităţi mari de căldură la nivelul capului. Ansamblul acestor modificări este cuprins în categoria clinică de „insoluţie" sau „helioză". Insolaţia trebuie deosebită de „şocul caloric". Acesta fiind expresia clinică a epuizării funcţionale a centrilor termoreglatori.

Şocul caloric se produce în urma expunerii organismului la o temperatură ridicată într-un mediu încărcat cu vapori de apă. În aceste condiţii, temperatura corpului depăşeşte 40 °C şi nu mai poate fi redusă pe linia vasodilataţie cutanată—transpiraţie—evaporare. Hiperpirexia determină leziuni cerebrale grave care pot fi ireversibile. Clinic, şocul caloric se manifestă prin roşeaţa intensă a feţei, tahicardie şi pierderea subită a conştiinţei.

Arsura de gradul II se caracterizează şi se recunoaşte după prezenţa flictenelor. Arsura de gradul II poate fi „mai superficială" sau „mai profundă". Diferenţierea adîncimii poate fi recunoscută după caracterul serocitrin al conţinutului, după intensitatea durerii şi după caracterul roşu-viu al dermului, devenit vizibil la nivelul flictenelor sparte în opoziţie cu durerile mai puţin intense, după caracterul sanguinolent al lichidului din flictenă şi după culoarea brună-violacee a dermului care devine vizibil la nivelul unei flictene sparte.

Arsura de gradul III se caracterizează prin distrugerea pielii în toată grosimea ei, epiderm şi derm. În raport cu intensitatea — durata agresiunii termice, adîncimea arsurii poate distruge hipodermul, fascia de înveliş, muşchii şi poate ajunge pînă la carbonizarea unui membru.

32.1. EVALUAREA ÎNTINDERII SUPRAFEŢEI ARSE

Evaluarea suprafeţei arse se face după schema propusă de Wallace, cunoscută ca „regula lui 9".

Scanned with OKEN Scanner

La locul accidentului și în condițiile de dispensar sau policlinică unde nu se pot asigura decît prima asistență de urgență, evaluarea întinderii arsurii este numai estimativă, deoarece scoaterea veștmintelor este prohibită atîta timp cît nu se poate asigura un tratament local corect.

La organismul adult, conform regulii lui Wallace, fiecare segment al corpului reprezintă 9 sau multiplul lui 9 din suprafața totală în %. Astfel, extremitatea cefalică reprezintă 9%, un membru superior 9%, un membru inferior 18%, ambele membre inferioare 36%, trunchiul (fiecare față 18%), respectiv 36% și perineul 1%.

Pentru vîrstele mici, datorită volumului diverselor segmente impuse de morfogeneză, raporturile procentuale ale suprafețelor diferă de cele ale corpului cu dezvoltarea împlinită.

32.2. PRINCIPIILE ASISTENȚEI IMEDIATE ÎN CAZUL ARSURILOR TERMICE

In cazul calamităților cu număr mare de arși, primii vor fi evacuați arșii apatici, liniștiți, deoarece aceștia au intrat în stare de șoc ; urmează arsurile complicate cu alte leziuni (fracturi etc.). Arșii agitați care se zbat, urlă, sînt încă în faza reactivă. Aceștia vor fi tratați antișoc și evacuați după celelalte două categorii.

Regulă : Din momentul contractării accidentatului, ca și în timpul transportului, pentru orice arsură de gr. II și gr. III care depășește 15% din suprafața corpului la adult și 5% din cea a copilului, medicul este obligat să dea o asistență imediată și completă, pentru a preîntîmpina constituirea șocului prin arsură.

Se va administra i.v. morfină clorhidrică sau Mialgin, începînd cu 0,01 g, urmărind efectul antalgic. Morfina nu va fi administrată niciodată subcutanat, deoarece rețeaua vasculară a tegumentului este în constricție și ca atare are o capacitate de resorbție limitată. Efectul antalgic al morfinei întîrzie, motiv pentru care se mai administrează o fiolă (0,02 g). Intre timp, datorită refacerii volumului circulant prin perfuzie, se restabilesc parametrii circulatorii. În această situație se vor resorbi rapid cele 0,04 g clorhidrat de morfină injectate subcutanat. Efectele acestei supradozări sînt grave prin implicațiile lor posibile asupra respirației.

Nu se vor descoperi de veștminte regiunile arse, și în cazul arsurilor cu bitum (asfalt) lichid nu se va urmări să se detașeze de piele.

— Vom înfășura regiunea arsă cu cearșafuri curate.

— Pe același ac, pe care s-a injectat morfina, se va monta perfuzia. În principiu, se admite administrarea oricărei soluții perfuzabilă avută la îndemînă.

Scanned with OKEN Scanner

Aprecierea cantității debitului și natura soluției se face după următoarea schemă :

— în prima oră : 15 ml/kg corp de soluție macromoleculară de tipul Dextran 70 ;

— în următoarele 5 ore : 30 ml/kg corp de soluție cu molecule mai mici (Dextran 40), iar în lipsa substituenților de plasmă se va perfuza ser glucozat 5%, fructoză 5%—10%, sau ser clorurat 9‰.

Această schemă are avantajul că aproximează cantitatea și debitul de perfuzie nu după suprafață, ci după greutatea corporală.

— Dacă din motive obiective, accidentatul nu poate fi evacuat pentru un răstimp de cîteva ore, se va proceda la descoperirea și cateterizarea unei vene și se va continua administrarea perfuziei după schema de mai sus, controlînd T.A., pulsul și diureza. În caz că intensitatea durerilor crește, se repetă prin tubul de perfuzie o nouă doză de 0,01 g morfină clorhidrică sau Mialgin. În tot acest timp, bolnavul va fi menținut acoperit cu o pătură, iar temperatura camerei și ambulanței să fie adusă în jur de 18 °C.

— Se face protocolul evoluției și tratamentului. Acesta se predă medicului de gardă din secția unde s-a evacuat accidentatul.

— Respectînd aceste reguli, șocatul trebuie să ajungă la spital cu o stare circulatorie adecvată, în afara riscului de colaps circulator.

— Se începe administrarea de antibiotice, mai ales în cazul arsurilor localizate în 1/2 inferioară a corpului (Penicilină, Ampicilină, Gentamicină).

— Sero și vaccinoterapia antitetanică este obligatorie.

Folosirea locală a antibioticelor, așa cum subliniază și Normativele M.S., este inutilă, iar aplicarea de pomezi este contraindicată.

— În arsurile feței se va căuta starea ochilor. La cea mai mică bănuială de leziune, ochiul va fi spălat abundent cu ser fiziologic. Dacă sînt corpi străini, vor fi scoși după prealabilă instilare de colir cu cocaină și se va cere avizul oftalmologului.

— Pentru tegumentul feței, tratamentul constă din spălare cu Bromocet 2%. Nu se pansează. În timpul transportului, fața va fi însă acoperită cu comprese sterile.

— Dacă arsura feței s-a produs prin vapori sau gaze la temperatură mare, există riscul de a leza și căile aeriene. La cel mai mic semn de dificultate respiratorie, semn de dezvoltare a edemului glotic, este indicată traheotomia, pentru a preveni riscul asfixiei, posibilă în timpul transportului.

În caz de arsură a căilor aeriene se va proceda astfel :

1) asigurarea libertății căilor aeriene superioare, dacă accidentatul este inconștient sau subcomatos se va preveni căderea limbii ;

Scanned with OKEN Scanner

2) dacă semnele de edem laringian sînt prezente, se face respirație gură la nas, iar dacă situația este mai gravă se execută traheotomie ;

3) se pune sondă nazală pentru administrarea oxigenului sau traheală, dacă accidentatul este traheotomizat.

33. ARSURA ELECTRICĂ

Agresiunea electrică este urmată de manifestări locale și de manifestări sistemice. Manifestările locale sînt arsura electrică, coagularea intravasculară și miozita necrozantă avasculară.

Distrugerea de țesut este evidentă clinic la nivelul pătrunderii curentului („marca de intrare") și după caz și nivelul „ieșirii" (contactul cu pămîntul).

Din punct de vedere al aspectului clinic, leziunea se prezintă ca o necroză cutanată uscată. Marca de intrare poate fi numai de cîțiva mm diametru, ca o adîncitură cenușie-albicioasă în tegument și fără congestie perilezională.

Arsura electrică este puțin dureroasă, datorită distrugerii receptorilor cutanați. Subsolul leziunii cutanate este distrus pe o adîncime și o întindere mult mai mare decît aceasta.

34. ELECTROCUTAREA

Curentul electric parcurge prin țesuturi, fără a respecta cotele anatomice, drumul cel mai scurt spre un alt conductor sau spre pămînt. Dacă în acest parcurs intră organe vitale, ca creierul sau inima, electrocutarea este instantanee sau rapid mortală. Dacă electroagresiunea interesează numai centrul respirator, inima continuă să funcționeze atîta timp cît se asigură o oxigenare adecvată. Dacă curentul intercepteză inima, așa cum se întîmplă în cazul parcursului mîna stîngă-picior stîng, se produce o desincronizare a pace-maker-ului cardiac. Aceasta se exprimă clinic prin aritmii și fibrilație ventriculară mortală.

Electrocutarea, dacă nu a fost imediat mortală, poate fi urmată de hemiplegie, atrofie optică, afazie etc. De asemenea, se pot produce leziuni renale de tip „rinichi de șoc", ca urmare a mioglobinei eliberate

Scanned with OKEN Scanner

din masele musculare ischemiate și a necrozelor tubulare acute ; leziuni digestive ; necroză pancreatică ; perforații ale intestinului ; ulcer de stress gastroduodenal ș.a.

Electrocutarea de la rețeaua de uz casnic, care are 220 V și un amperaj redus, de ordinul microamperilor, are o acțiune tetanizantă asupra musculaturii somatice și accidentatul rămîne în contact cu sursa de emisie. Prin aceasta, electroagresiunea durează în timp, mărindu-i potențialul dezorganizant.

34.1. TRATAMENTUL ÎN STAREA DE ELECTROCUTARE

Întreruperea curentului sau îndepărtarea accidentatului de sub acțiunea curentului cu grija de a nu se electrocuta și cel care încearcă să-l salveze, prinderea de haine sau de păr sînt gesturile obligatorii.

Începerea imediată a respirației artificiale (gură la gură) și a masajului cardiac extern. Se va continua respirația artificială și masajul cardiac extern pînă ce se face un diagnostic al stării cordului (EKG), chiar dacă s-au reluat mișcările respiratorii spontane. În măsura posibilului se administrează oxigen (pe sondă nazală).

Dacă EKG-ul nu se poate executa și pulsul continuă să fie absent, cu tot masajul cardiac executat 15—20 minute, este de presupus că există o fibrilație atrială. În acest caz este necesară defibrilarea. În absența defibrilatorului, se vor administra intracardiac 10—15 ml soluție de clorură de calciu 10%.

Dacă este posibil se va face protezarea respiratorie.

— Corectarea acidozei produsă prin eliberarea de lactați, piruvați, și din masele musculare cu soluție molară de bicarbonat de sodiu (8,40% sau TAM).

— Refacerea masei circulante, prin perfuzia de soluție clorurată izotonă, glucozată 5%, microdextrani.

— Prevenirea insuficienței renale (manitol 10%) și menținerea unei diureze adecvate.

35. DEGERĂTURILE

Modificările din faza de înghețare se manifestă prin apariția senzației de frig, de „picioare înghețate". Dacă agresiunea continuă, senzația se transformă în aceea de „picior de lemn". Tegumentul este alb, rece,

Scanned with OKEN Scanner

întărit și lipsit de sensibilitate. Un timp, mișcările active și pasive sînt păstrate.

Viitorul extremității este definitiv constituit în momentul cînd se trece la faza de dezgheţare. Perioada de dezgheţare este o fază dureroasă. Tegumentul este roșu, regiunea este edematiată. Edemul poate deveni voluminos. Dezgheţarea se face în cîteva minute pentru un deget și în ore pentru un membru. În această fază nu se poate face nici un bilanț lezional și nici un prognostic.

Perioada de degerătură constituită este perioada complicațiilor. În raport cu gravitatea leziunilor, degerăturile sînt clasificate în patru grade.

Degerăturile de gradul I se manifestă prin constituirea edemului după primele ore de la încetarea acțiunii frigului și prin aspectul roșu-cianotic al tegumentului care devine fierbinte. Edemul are o durată de cîteva săptămîni. După 7—10 zile de la degenerare, tegumentul începe să se descuameze. Degerătura de gradul I este benignă și spontan reversibilă.

Degerătura de gradul II se recunoaște după dezvoltarea flictenelor. După dezgheţare, tegumentul este congestionat, edemul se constituie prin primele ore. Pe acest fond, în primele 10—12 ore apar flictene. După cîteva zile edemul dispare și flictenele se usucă. După 10—12 zile acestea se detașează, lăsînd o escară superficială care se vindecă fără sechele după cîteva săptămîni. Dacă flictenele se sparg, se scurge un lichid serohemoragic, iar dermul descoperit are un caracter de la roșu-violaceu pînă la gălbui, în raport cu adîncimea straturilor distruse prin congelare.

Degerătura de gradul III este o necroză care interesează toată grosimea pielii și poate cuprinde și hipodermul. Se va produce o necroză. Placardul are un aspect negru, uscat. Se detașează după cîteva săptămîni, lăsînd o ulcerație atonă care necesită 2—3 luni pentru granulare și epitelizare.

Degerătura de gradul IV este o gangrenă uscată a unei extremități. Devitalizarea interesează și osul.

35.1. ASISTENȚA DE URGENȚĂ A DEGERĂTURILOR

Viitorul degerăturii este stabilit din momentul în care a încetat acțiunea frigului.

La nivelul structurilor înghețate nu se mai poate obține nici o ameliorare ulterioară. Din aceste motive tot efortul terapeutic, va fi concentrat asupra zonei de trecere dintre țesuturile degradate ireversibile și cele viabile, în scopul reducerii viitorului proces de remaniere scleroasă,

Scanned with OKEN Scanner

care este în fond răspunzătoare de cea mai mare parte a sechelelor și suferințelor de mai tîrziu. Se va proceda după cum urmează :

— În degerătura ușoară (gradul I și II), pentru reîncălzire se va folosi o temperatură care să nu depășească pe cea a unui corp normal (!). Modalitatea o reprezintă contactul prin aplicare a segmentului sau suprafeței înghețate (fața) direct pe pielea toracelui, axilei, abdomenului, a unui corp cu temperatura normală.

— În degerătura gravă, dezghețarea trebuie să se obțină rapid (!) ; pentru aceasta se va recurge la cufundarea extremității înghețate în apă adusă la 40—42 °C. Durata de 15—30 minute nu trebuie depășită și trebuie proporționată pe masa de țesut, pentru a obține și decongelarea straturilor celor mai profunde.

— Indiferent de forma anatomo-clinică, fricționarea cu zăpada sau cu mîinile uscate, unse sau umezite este formal interzisă, deoarece aceasta nu are nici un efect terapeutic.

— Administrarea de vasodilatatoare (Papaverină i.v. în doze repetate de 0,04 g din 4 în 4 ore) poate fi făcută în degerăturile ușoare. Ea este fără efect în cele severe, ca și amestecurile de Dextran + Heparină + Novocaină + alcool etilic, a Cortizonului, ACTH etc.

În degerăturile cu soluții de continuitate, profilaxia tetanosului este obligatorie, ca și administrarea de antibiotice (Penicilină, Ampicilină).

36. ÎNGHEȚAREA GENERALIZATĂ

Din punct de vedere al organizării termice, organismul este împărțit în două compartimente : compartimentul central și cel periferic.

Compartimentul central cuprinde viscerele toraco-abdominale, segmentul cervical inferior și creierul.

Compartimentul periferic cuprinde tegumentul cu rețeaua vasculară, hipodermul, masa musculară și implicit oasele.

Compartimentul central funcționează ca un sistem homeotermic, iar cel exterior, învelișul protector termic, are un regim poichilotermic.

Temperatura compartimentului exterior scade mult mai repede și mai mult decît temperatura centrală.

Scăderea temperaturii compartimentului central, de la 35 °C spre 28 °C, determină dezvoltarea unor modificări sistemice care evoluează în trei faze în succesiune : faza de reacție sau excitație hipotermică, faza de hipotermie paralitică și faza de comă hipotermică, care se termină prin moarte.

Scanned with OKEN Scanner

Faza reactivă se caracterizează printr-o stare de excitație nervoasă, tremurături, tahicardie, tahipnee și prin creșterea presiunii arteriale. Tegumentele sînt roșii-rozate datorită stării de saturare a sîngelui periferic cu oxigen, ca urmare a reducerii disocierii oxihemoglobinei la nivelul țesuturilor. În această fază, temperatura compartimentului extern scade cu cca 10 °C față de cea a compartimentului central. Scăderea temperaturii centrale sub 35 °C face ca evoluția să vireze spre faza de hipotermie paralitică.

Faza de hipotermie paralitică se recunoaște după imobilitate, astenie musculară, hiporeactivitate la excitații, somnolență, bradicardie și bradipnee. Disocierea termică dintre cele două compartimente continuă să fie de cca 10 °C. Din aceste motive, mobilizarea unui „înghețat" riscă să producă moartea rapidă prin scăderea temperaturii viscerale, prin amestecarea sîngelui periferic cu sîngele central.

Faza terminală, de comă hipotermică, este caracterizată prin somnolență, apatie sau comă. Temperatura centrală (rectală) este coborîtă la 30—28 °C.

Moartea „albă" se produce prin fibrilație ventriculară și stop cardiac. La autopsie cordul este dilatat și miocardul flasc. Tabloul clinic descris corespunde hipotermiei în frig uscat. El diferă de cel al hipotermiei de imersie.

Prin hipotermia „prin imersie" se înțelege răcirea brutală a organismului produsă prin scufundarea în apă la temperaturi apropiate de punctul ei de îngheț. Apa conduce de 25 de ori mai bine căldura decît aerul uscat.

Imersia într-o apă în jur de 0 °C este urmată de o fază reactivă extrem de scurtă, de vasoconstricție, tahicardie și de tremurături. Temperatura compartimentului exterior coboară rapid, în minute. Corpul ia poziție în emprostotonus, cu membrele, capul și trunchiul flectate ca în poziția fetală. Mișcările devin imposibile, musculatura respiratorie devine și ea spastică și respirația se blochează. Concomitent scade brutal și temperatura centrală și conștiința dispare după cîteva minute. Moartea se produce în 10, maximum 15—20 de minute de la căderea în apă.

36.1. PRINCIPIILE, TACTICA ȘI TEHNICA ASISTENȚEI DE URGENȚĂ ÎN ÎNGHEȚAREA GENERALIZATĂ

Tratamentul unui înghețat constituie o urgență imediată. De obicei, însă, asistența este fie incompetentă, fie întîrziată. Din aceste motive „moartea cauzată prin acțiunea de salvare" este o realitate care se re-

Scanned with OKEN Scanner

felctă în mortalitatea de 90% a cazurilor descoperite și transportate în spital fără o îngrijire imediată și continuă.

Un înghețat poate fi găsit în una din cele trei faze evolutive amintite. În raport cu factorul conștiinței, accidentatul poate fi în comă și cu respirația oprită, la care poate fi asociat și stopul cardiac ; el poate fi găsit fără conștiință, dar cu respirația păstrată, sau cu conștiința păstrată și cu manifestările clinice ale stării de hipotermie reactivă.

Obiectivele în prima eventualitate este resuscitarea cardiorespiratorie. În caz de fibrilație ventriculară, s-ar impune defibrilarea electrică sau medicamentoasă cu chinidină sau preferabil cu procainamidă, care are un efect mai sigur pe fondul de acidoză în care se găsește accidentatul.

Următoarele două obiective, care corespund și fazei II și III, ar fi încălzirea prin imersie la 40—45 °C și combaterea deshidratării prin administrarea de soluție de glucoză și Dextran.

În realitatea practică, în raport cu factorul timp și cu caracterul improvizat al mijloacelor disponibile, se va avea în vedere ce nu trebuie făcut și cum trebuie acordat primul ajutor la locul accidentului și în timpul transportului.

— Ceea ce nu trebuie făcut este mobilizarea pasivă sau activă, fricționarea sau masarea în scopul „punerii sîngelui în mișcare", respirație artificială prin metodele clasice și executarea transportului fără acordarea primei asistențe.

— Asistența cu mijloace disponibile constă din a stînjeni pierderea de căldură. Pentru aceasta accidentatul este așezat între coapsele salvatorului, pieptul acestuia se lipește de spatele victimei și o îmbrățișează, al doilea salvator se așază între coapsele victimei și își lipește spatele de pieptul acestuia. Concomitent se dă ceai fierbinte, îndulcit, cît mai mult și în rize cît mai dese. La nivel de cabană, dispensar sau spital se va trece la încălzirea în baie de 40—45 °C și, dacă este posibil, la perfuzare de ser glucozat încălzit la 40 °C și la administrare de cortizon.

Ingerarea alcoolului este permisă numai după ce temperatura rectală a atins 35 °C.

37. LEZIUNILE PRODUSE PRIN „ÎNGHEȚARE LENTĂ" (PERNIO ACUT)

Pernio acut ca și „picioarele de imersie" sînt entități anatomo-clinice produse în țesuturi de acțiunea frigului în afara înghețării lor propriu-zise.

Scanned with OKEN Scanner

Clinic se recunoaşte după culoarea roşie-cianotică a tegumentelor. Acestea sînt tumefiate datorită edemului intradermic şi sînt extrem de pruriginoase. Pruritul se intensifică la căldură. Evoluţia este benignă şi fenomenele retrocedează după 1—2 săptămîni lăsînd o pigmentare, care la rîndul ei este trecătoare. În localizările de la nivelul picioarelor pot apărea şi flictene la vîrfurile degetelor cu conţinut serohemoragic. Tratamentul în pernio acut va urmări evitarea frecării cu zăpada, evitarea infectării şi evitarea expunerii la temperaturi peste 20 °C.

38. STAREA DE ŞOC TRAUMATIC

Şocatul este un apatic care zace întins, indiferent sau participînd puţin la ceea ce se întîmplă în jurul său. Răspunde cu greu la excitaţiile verbale şi uneori este nevoie să se repete cu glas tare ordinul pînă cînd să se obţină un răspuns, după care şocatul reintră în starea lui de letargie.

Uneori, dar numai la începutul fazei iniţiale, şocatul poate fi neliniştit, agitat, anxios. În măsura în care însă anoxia cerebrală se adînceşte, bolnavul intră în comă. Faciesul şocatului este palid, cu tentă cenuşie. Paloarea este expresia vasoconstricţiei şi hipovolemiei, iar tenta cenuşie traduce staza şi dezoxigenarea.

Într-o etapă mai înaintată a evoluţiei, apare o marmorare, evidentă mai ales la nivelul tegumentelor membrelor şi cianoza buzelor şi a paturilor unghiale. Pe buza superioară, pe frunte apar picături de sudoare. Venele superficiale (dosul mîinii, plica cotului etc.) sînt „strînse şi goale". Aceasta este expresia venoconstricţiei şi a hipovolemiei. Tegumentele sînt reci şi umede. Ambele manifestări sînt expresia simpaticotoniei.

Gradul de irigaţie scăzută a tegumentelor se poate aprecia clinic. Pentru aceasta se apasă policele pentru cîteva secunde în regiunea sternală, apoi se ridică brusc. În mod normal, timpul necesar pentru recolorarea petei albe este sub o secundă. În faza precoce de vasoconstricţie a şocului, timpul necesar recumplerii este mai lung. Pupilele sînt dilatate şi reacţionează lent la lumină. Pulsul este tahicardic şi filiform, datorită hipovolemiei şi simpaticotoniei.

Tensiunea arterială este aproape constant scăzută. Scăderea ei reflectă într-o măsură hipovolemia şi scăderea debitului cardiac. Uneori, la începutul fazei postagresive, se poate surprinde o hipertensiune pasageră, produsă de reacţia simpatoadrenergică. Prăbuşirea tensiunii arte-

Scanned with OKEN Scanner

riale nu întîrzie însă. Ea se datorește fie pierderii în continuare de volum circulant, fie reluării pierderii (hemoragie) după o perioadă în care s-a făcut autocompensarea.

Valorile T.A. nu sînt un criteriu sigur după care se poate conduce tratamentul în șoc, deoarece sînt hipotensiuni fără șoc și stare de șoc cu modificare relativă sau absentă a T.A., cel puțin în faza de compensare. Șocatul este oliguric.

38.1. STABILIREA CLINICA A CONDIȚIEI HEMODINAMICE ÎN CARE SE GĂSEȘTE ȘOCATUL

Pentru aprecierea gravității stării de șoc și a răspunsului organismului la tratament, medicul salvării dispune, în afară de impresiile clinice, și de cîteva modalități de evaluare mai obiective. Acestea sînt :

Testul de flexiune a capului (vezi 8.6) ; testul „L" (vezi 8.7) ; indicele de șoc (vezi 8.8) ; determinarea presiunii venoase periferice (vezi 8.9, 8.10) și urmărirea diurezei.

38.2. TRATAMENTUL ÎN STAREA DE ȘOC

Tratamentul șocului trebuie început, urmărit și condus din momentul în care s-a intrat în contact cu accidentatul.

Din punct de vedere clinic, un șocat poate fi văzut în una din cele trei stadii de evoluții a reacției la agresiune : în stadiul de leziune cauzală (traumatism, hemoragie, insuficiență cardiacă, anafilaxie etc.) ; în stadiul inițial, dominat de efectele mecanismelor de autocompensare și în stadiul înaintat de decompensare, în care șocatul nu mai răspunde la tratament.

Tratamentul șocului este simplu și eficace în stadiul inițial, complex și de obicei ineficace în stadiul avansat. Deoarece cele două stadii sînt de regulă separate doar de cîteva ore, rezultatul va depinde în cea mai mare măsură de precocitatea diagnosticului și de rapiditatea aplicării tratamentului adecvat.

Ordinea în care se acționează este : oprirea hemoragiei, cînd aceasta există și leziunea este imediat accesibilă, asigurarea respirației ; aprecierea deficitului volemic, refacerea volumului circulant și tratamentul local.

Evoluarea eficacității restaurării volemice se face după elemente clinice și paraclinice. Elementele clinice se referă la atenuarea sau la

Scanned with OKEN Scanner

dispariția semnelor de șoc: recolorarea și reîncălzirea extremităților, tegumentul este uscat (nu mai este transpirat, rece), venele subcutanate sînt pline, diureza orară tinde să se restabilească (35—50 ml/oră), presiunea venoasă centrală se situează între 6—12 cm coloană apă, tahicardia, tahipneea se reduc și tensiunea arterială se stabilizează la valori apropiate de normal sau la valorile anterioare. Pentru refacerea volumului circulant, pînă la internare se vor avea în vedere următoarele:

1) În principiu, se va perfuza lichidul avut la dispoziție.

2) De dorit este să se înceapă cu Dextran. Se va perfuza cu un ritm care este în funcție de gravitatea situației accidentatului, apreciată din impresiile clinice și după criteriile amintite, precizate anterior.

3) Se continuă refacerea volumului circulant cu soluție de cristaloide. Cea mai accesibilă soluție este cea de glucoză 5% sau de clorură de sodiu 9% în pungi din material plastic, atoxic, steril și apirogen.

4) Pentru administrarea medicamentelor apreciate ca necesare (tonicardiace, cortizon, antibiotice cu administrare i.v., antalgice etc.), se va folosi cateterul de perfuzie. Puncționarea acestuia se va face în condiții de asepsie-antisepsie.

5) Dacă din motive obiective nu se poate asigura perfuzarea prin descoperire și cateterizare venoasă, se va recurge la puncția venoasă. Membrul la care s-a montat perfuzia va fi în mod obligatoriu imobilizat pe o atelă, astfel ca acul să nu se deplaseze în urma mișcărilor accidentatului sau a celor care îl ridică și transportă.

38.3. COMBATEREA DURERII

În cazul în care accidentatul prezintă dureri, ca în cazul arsurilor, fracturilor etc., acestea trebuie stăpînite deoarece au potențial șocogen. În administrarea antagivelor se va ține seama de următoarele:

— este contraindicată administrarea subcutanată de analgetice, deoarece absorbția este defectuoasă din cauza vasoconstricției și ca atare există riscul, ca fiind repetate din cauza lipsei efectului, să se resoarbă brusc, în cantitate mare, odată cu refacerea masei circulante și cedării vasoconstricției;

— doza inițială de analgezice nu va depăși 1/2—2/3 din doza subcutanată uzuală, de exemplu, pentru clorhidratul de morfină 10 mg pentru doza inițială.

Se face amestecul într-o seringă cu ser glucozat sau ser fiziologic (10 ml), în care se trage 1/2—1/3 dintr-o fiolă care conține 0,02 g clorhidrat de Morfină sau Mialgin.

Scanned with OKEN Scanner

38.4. ASIGURAREA FUNCȚIEI RESPIRATORII ȘI A UNUI APORT DE OXIGEN ADECVAT

1) Controlul și menținerea permeabilității căilor respiratorii.

2) Supravegherea pentru evitarea unei inundații pulmonare cu lichid gastric (sindrom Mendelson).

3) Asigurarea unei oxigenări corecte prin sonda nazală (vezi 6).

38.5. SUSȚINEREA PERFORMANȚEI CARDIACE

Criteriile de evaluare a performanței cardiace în condițiile urgenței sînt clinice. În toate cazurile de șoc prelungit și la bolnavii ce depășesc 50 de ani este indicată administrarea unui tonicardiac : Lanatosid C, Izolanid.

38.6. TERAPEUTICA TONUSULUI VASCULAR

Substanțele presoare sînt indicate în șoc numai în cîteva situații de excepție :

— cînd tensiunea arterială este prăbușită și nu se dispune de nici un lichid de perfuzat ;

— cînd tensiunea arterială este practic nemăsurabilă (30—40 mm Hg) și există riscul de oprire a inimii în urma mobilizării și transportului accidentatului ;

— în șocurile neurogene vasovagale sau prin simpaticoliză, în șocul toxiinfecțios și în șocul anafilactic.

Medicamentele presoare utilizate sînt Efedrina (administrată în perfuzie cu soluție de glucoză), Metaraminolul (Aramina), Noradrenalina, Adrenalina.

39. FURUNCULUL

Furunculul este o infecție a foliculului pilos și a glandei sebacee anexe produsă de stafilococul auriu și care se caracterizează printr-o necroză rapidă, urmată de detașarea și eliminarea sfacelului. Complicațiile furunculului sînt locale și sistemice.

Scanned with OKEN Scanner

Complicaţiile locale sînt : celulita, abcesul şi limfadenita. În localizările faciale „stafilococia malignă" şi tromboza sinusului cavernos.

Complicaţiile generale sînt datorate difuzării infecţiei în circulaţia sistemică (septicemie) cu determinări metastatice : flegmon perinefretic, osteomielită, abces cerebral.

39.1. FURUNCULUL FEŢEI

Furunculul feţii este grav prin potenţialul său de a da complicaţii adesea mortale. Aceste complicaţii au două cauze favorizante : tentativa repetată de exprimare (stoarcere) a furunculului şi comunicarea venelor feţii cu venele intracraniene.

Semnele locale sînt cele date de prezenţa şi localizarea furunculului şi de constituirea tromboflebitei : tumefierea buzei superioare, edemaţierea feţei pe direcţia unghiului intern al orbitei, edemaţierea pleoapei corespunzătoare şi durere provocată prin apăsarea cu degetul pe traiectul venei unghiulare, respectiv la unghiul intern al ochiului.

Semnele generale sînt cele ale stării septico-toxice : febră mare (39°—40°), frisoane, alterarea stării generale (anoxie, oligurie, tahicardie, sete, nelinişte, cefalee).

Extinderea trombozei la sinusul cavernos se manifestă prin apariţia semnelor de meningită (cefalee, vărsături, redoarea cefii, paralizii ale globilor oculari).

39.2. STAFILOCOCIA MALIGNĂ A FEŢEI

Complicaţie rară a furunculului. Se manifestă prin dezvoltarea într-o arie din jurul furunculului a unui edem dur, lignos, în placard. Tegumentul este întins şi lucios. Furunculul nu manifestă nici o tendinţă de a-şi detaşa burbionul. Fenomenele locale se asociază cu manifestări septicotoxice grave.

— Internare de urgenţă maximă şi administrarea de Ampicilină din primul moment, deoarece există riscul ca în orice clipă situaţia să vireze spre starea de şoc infecţios.

39.3. FURUNCULUL ANTRACOID SAU CARBUNCULUL

Carbunculul sau furunculul antracoid este o acumulare de furuncuri pe o arie delimitată, cu invadarea hipodermului subiacent.

— Carbunculul este o infecţie stafilococică.

Scanned with OKEN Scanner

— Localizarea cea mai frecventă este în regiunea cervico-dorsală și spate.

Apare cu predilecție pe terenul diabetic.

Semne locale: prurit intens premonitor, urmat de apariția unui placard roșu-vînăt cu semnele inflamației acute pe care după 2—3 zile apar furunculi în faze evolutive diferite. Placardul inflamator este dur și adesea cuprinde toată ceafa sau în localizările din regiunea dorsală o suprafață cît o palmă de adult. Durerile spontane sînt intense, greu de suportat. Pe placardul populat cu furuncule apar cratere datorită eliminării burbioanelor alături de furunculi în formare. Din cratere, care confluează, se scurge puroi abundent. Leziunea este un placard „în burete" plin cu magmă necro-purulentă.

Semnele generale sînt cele legate de severitatea infecției: febră de tip septic, curbatură, insomnie.

Evoluția. În raport cu rezistența organismului, evoluția se poate face spre vindecare: necroză-ulcerație-cicatrizare sau mortală prin complicațiile legate de difuziunea sau prin generalizarea infecției. Carbunculul este o urgență și impune decizia specialistului asupra internării.

40. INFECȚIA ACUTĂ A GLANDELOR SUDORIPARE (HIDROSADENITA)

Hidrosadenita este inflamația acută de origine stafilococică a glandelor sudoripare. Dezvoltarea predilectă: regiunea axilară, bilateral în 10—15% din cazuri. Se poate întîlni și în regiunea perineală, muntele lui Venus sau în cea a areolei mamare.

Inflamația glandei sudoripare evoluează în două etape de inflamație a glandei propriu-zise și de extindere la hipodermul din jurul glandei. În locul dureros și în grosimea dermului, se dezvoltă o formațiune mică, nodulară, dură și dureroasă la palpare. Progresiv, tumora crește în volum și devine insistent dureroasă, spontan, la palpare și la mișcare. Tegumentul în care este situată tumoreta se infiltrează și se indurează.

Odată cu trecerea infecției și în afara glandei, hipodermul reacționează și el. Edemul inflamator se extinde. Zona devine împăstată și tegumentul își pierde mobilitatea. Durerile încep să iradieze, iar ganglionii regionali sînt prinși. În perioada de vîrf a evoluției, pot apărea și semnele generale ale infecției.

Tratamentul hidrosadenitei

Tratamentul local. În faza de indurație premergătoare necrozei: decontaminarea prin spălare cu apă și săpun și îndepărtarea părului

prin radere. *Regulă :* Axila nu se badijonează cu soluție alcoolică iodată.

Tratamentul general : antibiotice (Ampicilină), vaccinare nespecifică cu Polidin. Se mai poate recomanda și radioterapia. Evoluția este însă de regulă neinfluențată. În aceste cazuri se recurge la tratamentul chirurgical.

41. ABCESUL POSTINJECȚIONAL

Abcesele postinjecționale apar după o injecție intramusculară sau după o injecție subcutanată. Tratamentul abceselor postinjecționale este exclusiv chirurgical. Orice tentativă de asanare a infecției și de reversiune a procesului inflamator prin antibiotice este iluzoriu și inutilă.

42. ABCESELE SÎNULUI

Bolnava este de obicei o lehuză, care prezintă o stare febrilă, cu frisoane și relatează că suferința ei a început cu o senzație de îngreunare a sînului care, progresiv, s-a transformat într-o durere vie. Durerea a împiedicat-o să-și mai alăpteze copilul.

La inspecția comparativă a sînilor se observă că sînul bolnav este mărit în volum, că la nivelul lui există o inflamație, care de obicei este localizată în cadrul infero-extern. Tegumentul supraiacent este de aspect normal. Lipsa de modificare de la nivelul tegumentului durează însă numai atîta timp cît abcesul este intraglandular. Astfel, tegumentul este roșu, lucios și fierbinte.

La palpare, sînul este dureros. La o palpare delicată, blîndă, se descoperă o zonă maxim dureroasă în centrul unei induratii nodulare. Atîta vreme cît abcesul se dezvoltă intraglandular, fluctuența nu poate fi găsită. Ea devine evidențiabilă numai în localizările foarte superficiale sau cînd abcesul s-a extins în grăsimea preglandulară. Exprimarea blîndă a sînului face să iasă la nivelul mamelonului lapte purulent. Caracterul purulent se verifică prin aceea că pe compresa cu care s-a șters mamelonul rămîne o pată galbenă.

Atîta vreme cît abcesul este profund, ganglionii axilari nu sînt prinși. Ei devin însă palpabili de îndată ce infecția depășește glanda. În

Scanned with OKEN Scanner

cazul cînd abcesul glandular este profund şi a difuzat în spaţiul retromamar la semnele de mai sus, se asociază o ridicare, o ascensionare globală, în masă, a sînului.

42.1. ATITUDINEA TERAPEUTICĂ

Tratamentul conservator al abceselor sînului constă din :

1) suspendarea compresivă a sînului sub pansament uscat bine vătuit ;

3) golirea de lapte sistematică a sînului prin exprimare, care va fi făcută cu multă răbdare, blîndeţe şi perseverenţă ;

3 aplicarea pungii cu gheaţă ; ea scade secreţia de lapte, reduce durerea şi scade activitatea inflamatorie ;

4) în perioada în care evoluţia se face spre coctiune, vor fi aplicate pansamente umede-calde (ceai de muşeţel ; soluţie Romazulan, soluţie acid boric 40‰) pe tegumentul în prealabil uns cu vaselină sau Jecolan, pentru a-i evita macerarea şi exematizarea ;

5) se vor administra antibiotice, acestea fiind însă eficiente numai în perioada de început a infecţiei, în faza congestivă şi vor fi contraindicate peste această fază, deoarece, în afară că au devenit inutile, ele mai duc şi la temporizarea actului chirurgical, singurul eficient în faza de supuraţie.

Alegerea momentului operator se face după criterii precise. Acestea sînt în raport cu localizarea superficială sau profundă a abcesului.

Pentru abcesele superficiale, subcutanate prezenţa fluctuenţei face indicaţia inciziei

Pentru abcesele profunde, glandulare, apariţia tendinţei de delimitare a unui bloc inflamator, dur şi prezenţa mai mult sau mai puţin netă a fluctuaţiei în centrul tumefacţiei, face indicată operaţia. Pentru abcesele profunde, la care fluctuaţia apare tîrziu, este foarte greu de a afirma existenţa abcesului. În aceste cazuri, indicaţia operatorie se sprijină pe persistenţa şi intensificarea durerilor şi tumefacţiei şi eventual pe o puncţie exploratoare.

43. ABCESUL GLANDELOR LUI BARTOLIN

Infecţia glandelor lui Bartolin este produsă de microbi piogeni obişnuiţi, de stafilococ, streptococ sau gonococ. Poarta de intrare este reprezentată de orificiul glandelor.

Scanned with OKEN Scanner

Simptomatologia este aceea a unui abces : dureri mari în regiunea vulvară, exagerate de ortostatism şi mers, febră.

Una din labiile mari este mult tumefiată, globuloasă. Tegumentul la acest nivel este roşu şi lucios, iar mucoasa vulvară este congestionată şi edematoasă. La început, la palpare, care este extrem de dureroasă, se obţine senzaţia de infiltraţie flegmonoasă, zona fiind indurată. Văzută după cîteva zile de evoluţie se constată că duritatea a fost înlocuită prin fluctuenţă. Examenul regiunii inghinale descoperă adenopatia satelită. Evoluţia spontană a abceselor glandelor vestibulare a lui Bartolin se face spre fistulizare, care este de obicei incompletă.

44. ABCESUL PERIANAL

Procesul inflamator începe şi se manifestă printr-o senzaţie de tensiune dureroasă, de apăsare, în regiunea anală. Durerea se intensifică progresiv şi devine violentă cu ocazia defecării. Bolnavul este febril şi prezintă semnele generale ale unei stări toxicoseptice : astenie, anorexie, insomnie etc.

Stabilirea diagnosticului se face prin inspecţie, palpare şi tuşeu rectal. Deoarece aceşti bolnavi sînt obosiţi din cauza durerilor şi insomniilor, şi timoraţi de perspectivele examenului medical şi al intervenţiei chirurgicale, medicul va proceda cu tact, iar examinarea va fi făcută cu o delicateţe extremă pentru a nu intensifica durerea.

Bolnavul se aşază în poziţie genupectorală, cu umerii lipiţi de planul mesei de examinare. Regiunea perianală apare hiperemiată şi tumefiată. Tumefacţia este mai accentuată de partea localizării abcesului.

Palparea, care este extrem de dureroasă, permite sesizarea stării de infiltraţie inflamatorie, de celulită acută. În cazul localizărilor subcutanate sau a abceselor mai profunde, în curs de abcedare la piele, se poate pune în evidenţă semnul fluctuaţiei.

Tuşeul rectal este cel mai adesea imposibil de practicat din cauza durerii, dar singura metodă prin care se stabileşte nivelul şi extinderea abcesului. Abcesul perianal este o urgenţă imediată şi necesită internarea.

Scanned with OKEN Scanner

45. ABCESUL DEZVOLTAT LA NIVELUL UNUI SINUS PILONIDAL

Prin sinus pilonidal se înțelege o cavitate mică, cu multe prelungiri, umplute cu păr, care se dezvoltă în grosimea dermului și hipodermului din regiunea anococcigiană, care comunică la tegument prin unul sau mai multe orificii și care nu are nici o tendință de vindecare spontană. Localizarea coccigiană nu este exclusivă și sinusul pilonidal se poate produce și în alte regiuni acoperite cu păr, ca regiunea axilară sau cea suprapubiană.

Sinusul pilonidal evoluează torpid, manifestîndu-și prezența printr-o senzație dureroasă și de disconfort și printr-o secreție permanentă care pătează lenjeria.

Dacă traiectul sau traiectele fistuloase se astupă și sinusul „se încălzește", la nivelul regiunii în care există sinusul pilonidal apar dureri intense și semnele inflamației acute. Colecția de puroi fiind superficială, se poate pune în evidență și semnul fluctuenței. Ea se dezvoltă pe o arie de flegmonizare (celulită acută).

46. ABCESUL SUBPECTORAL

Bolnavul se plînge de dureri spontane în regiunea pectorală cu iradieri spre axilă și torace. Durerile sînt provocate prin aducerea brațului în abducție, în timp ce ante și retroducția sînt mai puțin dureroase.

Inspecția și palparea permit observarea tumefierii regionale, uneori manifestată pînă la marginea laterală a pectoralului, a fluctuenței care poate fi pusă în evidență numai dacă brațul este ținut în abducție la 90° și a durerii la palpare și la mobilizarea pasivă a brațului. Bolnavul este febril și prezintă semne de impregnare toxicoseptică.

47. CELULITA ACUTĂ DIFUZĂ

Față de abces, care reflectă eficacitatea imunobiologică a organismului, celulita exprimă un defect în reacția de apărare și localizare. Ea este produsă cel mai adesea de streptococul aerob beta hemolitic. Sînt

însă şi celulite produse de alţi germeni, ca stafilococul auriu, germeni anaerobi şi alţii.

Poarta de intrare poate fi neînsemnată, ca o muşcătură de insectă, o escariţie, o înţepătură la autopsierea unui cadavru, o injecţie intramusculară, o plagă operatorie, o contuzie deschisă, o extracţie dentară ş.a.

Bolnavul poate fi văzut în perioada de început care durează 1—2 zile. Semnele locale sînt cele ale inflamaţiei acute. Ele sînt însă intense şi dominate de importanţa edemului. Acesta se întinde pe o zonă determinată, iar pe tegumentul supraiacent, congestionat, pot apărea placarde mai palide, livide. La palpare se sesizează infiltraţia ţesutului celular subcutanat datorită exudatului interstiţial.

Semnele generale. Apariţia semnelor generale este brutală. Ele sînt: frison puternic, urmat de ascensiunea febrilă (40—41°); stare de curbatură; insomnie; vărsături, diaree, oligurie. Aceste manifestări sînt expresia gravităţii stării septicotoxice.

Din ziua a treia pînă în ziua a 5—8-a, evoluţia spontană se poate face fie spre moarte, datorită generalizării infecţiei (septicemia), fie spre trecerea în cea de-a doua perioadă, în faza de necroză. În această etapă — care este perioada de stare, de mortificare — semnele locale şi cele generale continuă să fie grave, dar cu o notă de ameliorare.

Local, pe zona inflamată, edematoasă, încep să apară flictene. În ele se acumulează un exudat seropurulent. Flictenele se sparg şi sub ele dermul apare mortificat cu tendinţă de sfacelare, realizînd ulceraţii ale tegumentului prin care se va elimina puroiul şi dopurile de necroză „pachete de cîlţi".

Semnele generale sînt cele ale unei stări septicotoxice severe: bolnavul este febril, faţa este pămîntie, cu globii oculari căzuţi în orbite, oligurie, inapetenţă.

Faza a treia de eliminare şi vindecare. Din ziua a 5—8-a de la începutul bolii, evoluţia se face către supuraţie şi eliminare. Evoluţia unei celulite poate fi benignă sau gravă. Gravitatea este datorită complicaţiilor locale sau sistemice. Celulita acută este o urgenţă. Decizia terapeutică o face specialistul.

48. TROMBOFLEBITA SUPERFICIALĂ (PE VENE VARICOASE)

Placard dureros, cu semnele inflamaţiei acute, căldură, roşeaţă, induraţie, dezvoltat pe traiectul unei colaterale varicoase sau a safenei interne, care sînt palpabile ca un cordon dur.

Scanned with OKEN Scanner

Nu este o urgență imediată. Pînă la examenul specialistului, aplicații de unguent (Lasonil) ; acid acetilsalicilic (0,30 g la 6—8 ore) ; aplicații umede la temperatura camerei pe tegumentul în prealabil uns pentru a evita macerarea ; înfășare elastocompresivă a piciorului și gambei ; repausul la pat în plan înclinat (două cărămizi sub picioarele patului asigură înclinație optimă la 15°).

Regulă : Administrarea de heparină sau trombostop se face numai la indicația și sub controlul specialistului ; administrarea de antibiotice (Penicilină, Ampicilină) este admisă numai în cazul în care sînt prezente semnele difuziunii infecției.

49. TROMBOFLEBITA PROFUNDĂ

Circumstanțe de apariție : orice imobilizare prelungită la pat, avortul (tușeu vaginal) ; după naștere (cu hemoragii infectate) ; în postoperatorul precoce (operații ginecologice, urologice) ; după traumatismele membrelor inferioare etc. ; insuficiența cardiacă ; boli ale sîngelui ; cancer ; hernie hiatală (flebita revelatoare) ; infecții : febră tifoidă, streptococică

Medicul este chemat pentru o durere la nivelul gambei (pulpă), surdă, tensionată, însoțită de parestezii sub formă de furnicături și de crampe musculare. Examenul este comparativ bilateral.

Examenul obiectiv : durerea, edemul, modificări venoase superficiale (dilatare) :

— provocarea durerii pe membrul inferior relaxat prin apăsarea în plantă, în călcîi, în spațiul popliteu și pe linia mediană posterioară a gambei ;

— provocarea durerii prin dorsoflexiunea piciorului pe gambă (manevra lui Homans) ;

— edemul în orele de început este inaparent sau de-abia schițat prin caracterul mai lucios și mai cald al tegumentului printr-o reducere a mobilității masei musculare a gambei la balotarea manuală, membrul fiind în maximă relaxare ; cu orele edemul se exprimă din ce în ce mai mult ;

— venele superficiale apar mai pline și mai dilatate ;

— sistemic : stare de neliniște (inconstant) ; stare febrilă în jur de 38 °C, tahicardie cu accentuare progresivă în orele ce urmează (semnul lui Mahler).

Scanned with OKEN Scanner

Atitudinea terapeutică : 1) internarea de urgență, transportul cu imobilizarea membrului bolnav pe atelă vătuită bogat și în plan înclinat 15—20° deasupra planului inimii ; 2) dacă durerea este chinuitoare, antalgice injectabile.

50. PROFILAXIA TETANOSULUI

Tratamentul profilactic al tetanosului constă din două acțiuni concomitente și obligatorii.

1) Prima acțiune este locală și nespecifică. Ea constă din toaleta chimică și chirurgicală a plăgii, avînd ca scop reducerea sau desființarea condițiilor favorizante dezvoltării în general și a celei tetanice în special.

2) Cea de-a doua acțiune este generală și specifică. Ea constă din injectarea de antitoxină și de anatoxină tetanică.

În prezența unei plăgi, pentru a preveni infecția tetanică, procedăm după cum urmează :

1) se injectează subcutanat 3 000 U ser antitetanic ;

2) se injectează tot subcutanat, cu alt ac, cu o altă seringă și într-o altă regiune, 1 ml anatoxină tetanică.

Această tehnică este obligatorie, deoarece prin nerespectarea ei profilaxia tetanică este ineficientă din cauza neutralizării și inactivării antitoxinei de către anatoxină.

3) se reinjectează la intervale de 7—8 zile cîte 3 000 U de ser antitetanic pînă la dispariția supurației plăgii ;

4) se continuă vaccinarea activă, injectînd o a doua doză, de 2 ml, la 6 zile de la prima administrare și a treia doză de 3 ml la 30 zile de la cea de-a doua administrare ;

5) dacă accidentatul în antecedente este sigur vaccinat, se procedează la administrarea dozei de 3 000 U de ser antitetanic și la administrarea dozei de redeșteptarea imunității. Aceasta este de 2 ml, anatoxină tetanică.

Tratamentul profilactic și curativ al tetanosului se mai poate face și cu imunoglobuline umane specifice.

50.1. ACCIDENTELE SEROPROFILAXIEI TETANOSULUI

Vaccinarea antitetanică (anatoxina) nu dă nici un fel de accident. Serul antitetanic (antitoxina) poate fi urmat de accidente (proteină

Scanned with OKEN Scanner

străină — serul de cal). În raport cu timpul scurs de la momentul injectării, accidentele sînt imediate și întîrziate. Accidentele serice imediate sînt nespecifice și specifice.

Accidentele nespecifice „de tip peptonă" sau „proteină străină". Ele se manifestă prin congestia feței, frison, ascensiune febrilă și incoagulabilitate sanguină trecătoare. Tabloul clinic este alarmant, dar de obicei are o evoluție benignă.

Accidentele specifice sînt datorate reacției antigen-anticorp. Ele presupun în mod necesar un contact anterior sensibilizant cu proteina de cal și un contact declanșant, cu același antigen. În aceste condiții, reacția este specifică și se manifestă ca o stare de sensibilitate excesivă față de antigenul considerat. Ansamblul acestor evenimente sînt cuprinse în categoria biologică de „șoc anafilactic". Tabloul clinic este dramatic. Bolnavul pălește brusc, pielea se acoperă de o transpirație rece, devine neliniștit, gura i se usucă, „simte că moare", pulsul radial devine imperceptibil sau filiform, iar tensiunea arterială se prăbușește. Astfel se constituie starea de colaps vascular.

În cazurile în care tabloul clinic este dominat de insuficiența respiratorie acută, bolnavul simte „că se sufocă", devine „dispneizant", cianotic. Aceste manifestări sînt datorate, pe de o parte, edemului glotic și laringian și, pe de alta, spasmului bronșiolar. Concomitent, datorită tot edemului, bolnavul poate prezenta o hidroree nazală sau o senzație de astupare nazală datorată congestiei mucoase. În cazurile dominate de insuficiența respiratorie, extremitățile sînt cianotice dar calde.

Tabloul clinic dominat de tulburări acute digestive cuprinde : dureri abdominale instalate brusc, vărsături, emisiuni necontrolate de scaune diareice, adesea hemoragice. De obicei simptomatologia este polimorfă, asociind elemente din cele trei forme clinice în proporție și intensitate variabilă. Drama se desfășoară pe fondul insuficienței circulatorii acute și cel al insuficienței respiratorii.

50.2. PREVENIREA ȘOCULUI ANAFILACTIC PRODUS DE SERUL ANTITETANIC

Hipersensibilitatea față de serul antitetanic (serul de cal) se întîlnește într-o proporție de 1/10 000—1/100 000 dintr-o populație.

Sensibilitatea față de serul de cal se stabilește prin anamneză și prin teste de sensibilitate. Anamneza alergologică :

— dacă persoana la care trebuie administrat serul antitetanic are manifestări de tip alergic : astm bronșial, urticarie, rinită spasmodică, eczeme, alergii alimentare ;

— dacă a mai primit ser de cal (ser antidifteric, antitetanic).

Testarea sensibilității : testul conjonctival ; testul cutanat și intradermoreacția.

Testul intradermic : este testul cel mai sensibil.

În cazurile cu sensibilitate anormală, fenomenele generale pot apărea și la doza de testare : congestia feței, hipotensiune arterială, lipotimie. De aceea, medicul trebuie să fie pregătit pentru combaterea lor.

În cazul în care se schițează începutul reacției alergice, se va aplica un garou. Garoul se strînge astfel încît să mai permită pătrunderea degetelor pe sub el. În aceste condiții este stînjenită, în primul rînd, întoarcerea limfatică, care este calea de pătrundere a serului injectat intradermic.

Se mai poate reduce rata de resorbție și difuziune a serului antitetanic, recurgînd la următorul artificiu : în seringa cu care urmează să se injecteze se „trage" în prealabil o fiolă de adrenalină (1 mg sol. 1‰ — 1 ml) și care se îndepărtează după ce a umezit pereții și pistonul seringii ; după aceasta se aspiră serul și se procedează obișnuit.

50.3. TEHNICA DESENSIBILIZĂRII

Desensibilizarea este obligatorie. Ea diferă însă ca procedură în raport cu sensibilitatea individuală.

În cazurile obișnuite, comune, în activitatea de fiecare zi, se injectează subcutanat 0,1—0,2 ml ser antitetanic și la 30 minute, dacă nu a apărut nici o modificare locală (roșeață, edem) sau generală (stare de rău, congestia feței), se injectează restul cantității de ser, corespunzătoare celor 3 000 U.

Pentru a nu consuma două fiole, una pentru testare și a doua în scop terapeutic, se va aspira toată cantitatea într-o seringă de 2 ml. La injectarea cantității rămase, se va avea grijă să se ia un alt ac steril.

În cazurile în care există premisele hipersensibilității, cazul se dirijează într-un serviciu de chirurgie, pentru ca în caz de accident alergic să existe toate mijloacele de reanimare.

50.4. TRATAMENTUL ACCIDENTELOR SERICE

Tratamentul accidentelor serice este o urgență majoră și orice întîrziere este fatală.

La primele semne care atrag atenția asupra iminenței producerii șocului anafilactic se culcă bolnavul, se aplică o constricție circulară

Scanned with OKEN Scanner

deasupra locului de injectare, și în locul în care s-a administrat serul, tot în scopul de a întîrzia resorbția, se injectează 5 ml soluție clorurosodică izotonă (10 ml), în care s-a diluat o fiolă de adrenalină soluție 1‰.

Tratamentul se orientează în funcție de dominanța clinică, circulatorie sau respiratorie. Insuficiența circulatorie acută : decubit dorsal sau în poziție declivă — în insuficiența respiratorie acută poziția șezîndă. Tratamentul insuficienței circulatorii necesită administrarea vasoconstrictoarelor, a parasimpaticoliticelor, a hidrocortizonului, antihistaminicelor și medicației cu acțiune litică asupra spasmului bronșic. Vasoconstrictoarele indicate de Institutul Cantacuzino sînt adrenalina, efedrina și noradrenalina.

Adrenalina : se dizolvă 1 fiolă (0,001 g) sol. 1‰ în 10 ml ser glucozat 10% sau clorurosodic izoton din care se injectează 1/2 din cantitate pe cale i.v. lent, timp de 10—15 minute ; efectul se urmărește prin evoluția clinică, puls, tensiune arterială și respirație ; se poate recurge la :

— Efedrină : 1 fiolă (0,010 g) diluată tot într-o fiolă de 10 ml soluție glucoză 5—10% ; se injectează lent i.v. ;

— Noradrenalină : nu peste 5 gama/minut și nu peste 3 mg/3 ore (la adult).

Concomitent, într-o pungă de 500 ml cu soluție glucoză 5% sau de soluție clorurosodică izotonă se introduc 4 fiole de hemisuccinat de hidrocortizon, două fiole de noradrenalină și 2 fiole de Miofilin.

Noradrenalina nu se mai adaugă dacă se administrează adrenalina i.v.

Perfuzia se montează și se lasă cu un debit a cărui ritm se evaluează în raport cu evoluția.

Parasimpaticomimetice : Atropina 0,002—0,004 g i.v. ; antihistamina : Romergan 1 fiolă i.v la intervale de 6—8 ore.

Pentru tratamentul insuficienței respiratorii acute se injectează i.v. 2 fiole de hemisuccinat și de hidrocortizon și 1 fiolă de Miofilin. În funcție de evoluție se va repeta injectarea sau se va trece la perfuzarea soluției de glucoză 5% în care s-a introdus 4 fiole de Cortizon și la administrarea adrenalinei și Romerganului (10—25 mg i.v.).

Ori de cîte ori este posibil se va administra prin sondă nazală oxigen. Dacă fenomenele respiratorii nu cedează se face traheotomie sau se va intuba bolnavul.

Regulă : Administrarea cortizonului este obligatorie. El va fi folosit în doze mari, cît mai precoce și repetat în raport cu evoluția clinică. Administrat precoce el acționează asupra liniei patogenice primare : reacția antigen-anticorp.

Scanned with OKEN Scanner

50.5. ACCIDENTELE TARDIVE DUPĂ SEROPROFILAXIA TETANOSULUI

Accidentele tardive sînt locale şi generale („boala serului").

Accidentele locale: eritem, edem pruriginos şi prin subfuzii sanguine. Acestea din urmă pot merge pînă la necroză.

Accidentele generale, „boala serului" propriu-zisă, se manifestă printr-o stare febrilă, erupţii urticariene, artralgii, poliadenopatie şi tulburări gastrointestinale.

Apare de obicei după cîteva zile (12—14 zile) de la injectarea serului antitetanic, în cazul în care bolnavul nu a mai primit ser în antecedente, sau numai după 2—3 zile, dacă acesta a mai primit ser de cal. Boala serului are de obicei o evoluţie benignă. În cazurile în care bolnavul este astmatic, are tuberculoză pulmonară, insuficienţă hepatică sau renală, situaţia devine serioasă şi necesită internarea de urgenţă în spital.

51. ORIENTAREA DIAGNOSTICULUI CLINIC ÎN ABDOMENUL ACUT

Abdomenul acut este o urgenţă imediată şi absolută. Factorul timp operează cu o rată de agravare care creşte cu fiecare oră.

În suspiciunea de abdomen acut se va greşi prin exces de prudenţă procedînd la internarea neîntîrziată. Pentru orientarea diagnosticului, medicul are la dispoziţie un timp limitat şi nici un mijloc paraclinic pentru investigarea suplimentară.

Deoarece elementul dominant este durerea, se va proceda la calmarea ei cu un antalgic disponibil, dar niciodată cu clorhidrat de morfină, mialgin, pentru a nu influenţa tabloul clinic şi în primul rînd contractura peretelui abdominal.

În raport cu diagnosticul, cu starea clinică şi cu durata transportului, medicul va decide asupra introducerii unei sonde nasogastrice şi a unei perfuzii cu soluţie clorurosodică izotonă sau ser glucozat 5 sau 10%.

Stabilirea diagnosticului de abdomen acut se face în primul rînd pe descifrarea caracteristicelor durerii şi pe comportarea peretelui abdominal: contractură „lemnoasă", reflexă, contractură antalgică, sensibilitatea dureroasă la palpare, starea funcţională gastrointestinală: vărsături, caracterul şi abundenţa lor, tranzitul pentru gaze şi materii etc.

Scanned with OKEN Scanner

O altă linie de informație ajutătoare rapidă este istoricul. Elementul clinic esențial este durerea. Prin interogatoriu se va stabili :

— momentul în care a început durerea ;

— caracterul brusc, brutal sau progresiv al instalării durerii ;

— dacă apariția durerii s-a însoțit de leșin, colaps, vărsături ;

— se va cere bolnavului să indice cu un deget locul în care a început durerea ;

— dacă durerea este localizată într-o zonă determinată sau este generalizată, difuză ;

— dacă durerea iradiază și în ce direcție ;

— dacă are un caracter continuu sau întreruptă de intervale libere.

51.1. CUM S-A PRODUS ȘI S-A CONSTITUIT DUREREA ?

Din interogatoriu se va individualiza una din cele patru eventualități de apariție a durerii. Fiecăreia din acestea îi corespund cîteva posibilități, din care se poate extrapola numai prin examenul clinic probabilitatea etiopatogenică a abdomenului acut.

1) Durerea abdominală s-a produs brutal „ca o lovitură de pumnal", de intensitate sincopală ; — infarctul miocardic ; — perforația digestivă ; — ruptură de anevrism de aortă abdominală ; — colica biliară ; — colica renală ;

2) Durere abdominală care devine repede intensă, chinuitoare și constantă : — pancreatita acută ; — voloulusul — strangularea intestinală ; — tromboza mezenterică.

3) Durere abdominală constantă și crescînd în intensitate : — apendicita acută ; — colecistita acută ; — diverticulita.

4) Durere abdominală intermitentă cu intensificări paroxistice (colicative) : — obstrucție mecanică intestinală ; — începutul pancreatitei subacute.

51.2. CARE ESTE TOPOGRAFIA DURERII ABDOMINALE

Unde este localizată durerea ? în tot abdomenul (durerea difuză generalizată) sau în abdomenul superior sau în cel inferior (durerea localizată).

51.2.1. DUREREA ABDOMINALĂ GENERALIZATĂ

— peritonita acută generalizată și — eventualități de excepție dar nu și imposibile ; — gastroenterita ; — tromboza mezenterică ; — ruptura

Scanned with OKEN Scanner

anevrismului de aortă abdominală ; — criza anginoasă abdominală ; — acidoza diabetică ; — hiperlipidemia idiopatică ; — adenita mezenterică ; — uremia ; — tabesul dorsal (criza gastrică tabetică) : — leucemia ; — porfiria etc.

În decizia diagnosticului de abdomen acut „chirurgical" este preferabil de a greși prin a considera un pseudoabdomen acut ca o urgență chirurgicală, decît de a temporiza internarea în cazurile neclare.

51.2.2. DUREREA ESTE CIRCUMSCRISĂ ÎN ABDOMENUL SUPERIOR

— ulcer duodenal în criză de penetrație ; — gastrită acută ; — perforația ulcerului duodenal (gastric) ; — colecistită acută ; — colica coledociană ; — angiocolita ; — pancreatita acută ; — ocluzia ; — ruptura traumatică a splinei ; — pneumonia ; — pleurezia diafragmatică ; — hepatologia prin distensia acută a capsulei lui Glisson ; — hepatita virală ; — abcesul subfrenic ; — hidronefroza ; — pielonefrita acută ; — embolia pulmonară ; — herpes Zoster ; — hematomul disecant al aortei.

51.2.3. DUREREA ESTE CIRCUMSCRISĂ ÎN ABDOMENUL INFERIOR

— apendicita ; — diverticulita acută a colonului ; — „mittelschmerz" ; — inflamațiile acute pelvine ; — calcul ureteral ; — retenția acută de urină ; — sarcina ectopică ; — torsiunea chistului de ovar ; — obstrucția colonului.

52. CLINICA DURERII ABDOMINALE DIFUZE

52.1. PERITONITA ACUTĂ GENERALIZATĂ

— durere abdominală : intensă, chinuitoare, atenuată prin menținerea nemișcată a poziției corpului ;

— greață, vărsături, blocarea tranzitului ;

— contractura reflexă a peretelui abdominal ;

— lipsa mișcărilor peristaltice (la auscultație) ; durere intensă la decomprimare bruscă, abdomen destins ; timpanism, ±febră, dispnee, transpirație profuză, oligurie, hipotensiune arterială ;

— antecedente ajutătoare — de exemplu : ulcer duodenal, pneumonie (la copil).

Scanned with OKEN Scanner

52.2. GASTROENTERITA ACUTĂ

— durere abdominală : intensă, continuă (sau sub formă de colici) ;
— greţuri, vărsături ;
— diaree apoasă (uneori mucoasă sau mucohemoragică) ;
— palparea : un grad relativ de contractură ;
— febră moderată.

52.3. TROMBOZA MEZENTERICĂ (ARTERIALĂ SAU VENOASĂ)

— durerea a apărut brusc, brutal, este intensă, chinuitoare, colicativă în perioada imediată, devine continuă şi se menţine ca atare ;
— diaree hemoragică ;
— auscultaţia : peristaltică, puternică, imediată — slabă — silenţiu abdominal ;
— palparea : perete abdominal moale (absenţa contracturii).

52.4. RUPTURA ANEVRISMULUI DE AORTĂ ABDOMINALĂ

— durere atroce, continuă, difuză cu exacerbarea periombilicală şi în abdomenul inferior ;
— bolnav anxios, cu senzaţia de moarte iminentă, transpirat, şocat ;
— formaţiune pulsatilă palpabilă în medio-abdominală ;
— peretele abdominal nu este modificat semnificativ (contracţie-sensibilitate) la palpare ;
— pulsul femural redus — absent (comparat cu pulsul carotidian) ;
— evoluţia rapidă spre starea de şoc.

Urgenţă chirurgicală absolută.

Transportul cu perfuzie montată (în raport cu durata pînă la internare) ; combaterea durerii.

52.5. CRIZA DE ANGOR ABDOMINAL

— durere (epigastru) — difuză — colicativă ;
— distensia abdomenului ;
— flatulenţă ;
— absenţa contracturii şi sensibilităţii dureroase la palpare ;
— elemente ajutătoare : vîrsta mai înaintată, semne de ateroscle-

Scanned with OKEN Scanner

roză (arterele periferice, pulsul), hipertensiune arterială în antecedentele care au precedat criza (ore) : ingestie alimentară abundentă.

Urgență medico-chirurgicală (pentru validarea diagnosticului).

Tratamentul pînă la internare, simptomatic + papaverină 0,04 g i.v.

52.6. PSEUDOABDOMENUL ACUT DIN ACIDOZA DIABETICA

— durerea abdominală chinuitoare, generalizată, continuă ;

— vărsături cu miros de fructe ;

— sensibilitate și contractură abdominală : reduse ;

— elemente ajutătoare : în antecedente grețuri, vărsături însoțite de dureri abdominale ; poliurie, polidipsie, polifagie ; diabet diagnosticat.

52.7. CRIZA GASTRICA TABETICĂ

— durere abdominală generalizată, intensă, continuă cu intensitate maximă (uneori) în hipocondrul stîng (dilatație acută de stomac) ; iradiere ; spate-umeri ;

— suferința dureroasă disproporționată față de modificările abdomenului (sensibilitate-contractură) care sînt nesemnificative ;

— elemente ajutătoare : reflexele osteotendinoase (achilian. rotulian) reduse pînă la a nu se produce ; semnul lui Argyl-Robertson (acomodarea pupilară la distanță și neacomodarea la lumină), ataxia ; (eventual) declararea inserției luetice.

53. CLINICA DURERII ABDOMINALE LOCALIZATĂ ÎN ABDOMENUL SUPERIOR

53.1. ULCER DUODENAL ÎN CRIZA DE PENETRAȚIE

— durere chinuitoare continuă epigastrică (cu iradierea în spate — penetrație pancreatică) ;

— sensibilitate dureroasă la palparea profundă a epigastrului ;

— tranzitul pentru gaze ± influențat ;

— drenajul gastric pe sondă atenuează durerea.

Scanned with OKEN Scanner

53.2. PERFORAȚIA ULCERULUI DUODENAL (GASTRIC) VĂZUTĂ PRECOCE

— durere (pumnal) sincopală epigastrică : continuă, cu extindere ;
— vărsături precoce±abundente ;
— bolnav șocat, hipotensiune, transpirații reci ;
— contractura abdominală „de lemn" la început localizată, cu extindere rapidă la restul abdomenului.

Văzut în primele ore :

— durere chinuitoare dar cu o notă de atenuare ;
— starea de șoc±redusă spontan ;
— contractura peretelui abdominal și sensibilitatea dureroasă la palpare sînt nete și ±generalizate ;
— matitate hepatică dispărută ;
— urgență absolută ;
— sondă de aspirație nasogastrică (se aspiră cu seringa) ;
— perfuzare (în raport cu durata transportului pînă la spital) ;
— calmarea durerii (nu opium).

53.3. GASTRITA ACUTĂ

Antecedente imediate : ingestie intempestivă de alcool, condimente iritante etc. :

— dureri continue intense în epigastru, cadranul superior stîng, arsuri retrosternale, grețuri—vărsături—hematemeză—melenă ;
— sensibilitate dureroasă în epigastru și cadranul superior stîng, în ansamblu examenul clinic al abdomenului nu este semnificativ.

53.4. „COLICA BILIARĂ" (COLECISTITA ACUTĂ)

— durere instalată brutal în epigastru hipocondrul drept ;
— iradiere : umărul, omoplatul drept ;
— palparea : sensibilitate dureroasă în hipocondrul drept, manevra lui Murphy ; apărare antalgică în cadranul superior drept ;
— ±subfebrilitate ;
— ±palparea colecistului destins (în 90% produsă prin inclavarea infundibulocistică a unui calcul).

Scanned with OKEN Scanner

53.5. COLICA COLEDOCIANĂ

— dureri puternice, colicative în epigastru cu iradiere în zona scapulară dreaptă ;

— hepatomegalie, colecistul nu este palpabil (remaniat prin proces scleros inflamator) ;

— icter : urini hipercrome, scaunul decolorat, prurit ;

— ±fenomene de angiocolită.

53.6. ANGIOCOLITA

— triada : icter+ascensiuni febrile (±precedate de frisoane)+durere epigastrică — hipocondrul drept.

53.7. PANCREATITA ACUTĂ (EDEMATOASĂ ŞI HEMORAGICĂ)

— durere intensă instalată brutal, în epigastrul şi hipocondrul drept şi stîng (durere „în bară") ;

— iradiere în spate ;

— ±vărsături ;

— palparea abdominală : apărare şi sensibilitate dureroasă exprimată ;

— manevra Mallet-Gay : ± ;

— stare de şoc ;

— elemente ajutătoare : litiaza biliară ; alcoolismul, ulcer duodenal pancreatita cronică.

53.8. ABCESUL SUBFRENIC

— durere în abdomenul superior cu iradiere în umeri (de partea unde este localizat abcesul) ;

— durerea se intensifică cu respiraţia (în inspiriu) adîncă şi de obicei se reduce dacă se imobilizează abdomenul cu mîna ;

— elemente ajutătoare : febra, dispneea, sensibilitate dureroasă la apăsarea marginilor costale.

Scanned with OKEN Scanner

53.9. TRAUMATISMELE FICATULUI

Circumstanțele care pot sugera traumatismul hepatic : plagă abdominală sau toracoabdominală, contuzie toracoabdominală (accident rutier), decelerarea.

Diagnosticul : — circumstanțele accidentului, aria în care s-a produs impactul în apariția durerii în hipocondrul drept — iradiere regiunea scapulară — spate ;

— apăsare abdominală ;

— semnele hemoragiei interne.

53.10. RUPTURA TRAUMATICĂ A SPLINEI

— contuzie abdominală (cadranul superior stîng sau baza hemitoracelui stîng) ; căderea pe călcîie sau pe ischioane (mecanism indirect) ;

— starea de șoc mai mult sau mai puțin impresionantă (hemoragie internă) ; facies palid, buzele și conjunctiva oculară lividă ; puls filiform — tahicardic ; T.A. prăbușită (vezi tabloul clinic al hemoragiei acute) ;

— durere în hipocondrul stîng, profundă, iradiind în umărul stîng (semnul lui Kehr) ;

— urmele contuziei directe la nivelul peretelui (inconstant) ;

— apărare sau contractură la nivelul cadranului superior stîng (inconstant) ;

— matitate declivă liberă în flancuri prin deplasarea sîngelui în cavitatea abdominală ;

— durere în Douglas la tușeul rectal.

Regulă : Asocierea dintre tabloul hemoragiei acute interne și a unui sindrom peritoneal în circumstanțele unui traumatism abdominal obligă la diagnosticul de prezumție a rupturii de splină și la internarea cu maximă urgență în condițiile perfuzării intravenoase (vezi tratamentul hemoragiei acute).

53.11. OCLUZIA INTESTINALĂ

— dureri colicative apărute brutal în valuri de intervale de 3—5 minute (segmentul intestinal proximal) și de 5—15 minute (segmentul distal) ;

— vărsături ± masive ; alimentare, bilioase — paracee ;

— oprirea tranzitului gazos (meteorizarea abdomenului semn esențial) ;

Scanned with OKEN Scanner

— elemente ajutătoare : cicatrici de laparatomie, cercetarea zonelor herniare ;

— sondă de aspirație nasogastrică.

53.12. HERNIA ȘTRANGULATĂ

Semne locale :

— durere apărută progresiv cu rată de agravare precipitată sau bruscă, în urma unui efort într-o regiune cu potențial herniar (ombilicală, inghinală, crurală, obturatorie) ;

— durerea poate rămîne localizată sau poate cuprinde tot abdomenul sub formă de colici ;

— tumoră sferoidală sau ovoidală, bine delimitată cu continuitate palpatorie „în abdomen", remitentă, sub tensiune, nereductibilă, fără impulsiuni sau expulsii la tuse și extrem de dureroasă la palpare mai ales în segmentul care o continuă în abdomen (coletul herniar) ;

— grețuri, vărsături, oprirea ieșirilor de gaze ;

— cu trecerea orelor, tabloul clinic de ocluzie : colici abdominale, vărsături bilioase-poracee, oprirea tranzitului (gaze și scaun) ; meteorism ; alterarea stării generale.

Regulă : În cazul tabloului clinic de ocluzie intestinală este obligatorie cercetarea tuturor regiunilor herniare.

Regulă : În cazul unei stări oclusive se va căuta o hernie crurală mică neevidentă la o femeie grasă (decubit dorsal, coapsa în abducție și rotație externă cu gamba atîrnată la marginea patului).

Atitudine : montarea aspirației nasogastrice, se interzice reducerea intempestivă ; în raport cu starea clinică și cu durata transportului, perfuzie i.v., calmarea durerii și internarea ca o urgență imediată.

Distensia acută a capsulei lui Glisson :

— durere intensă în hipocondrul drept ;

— dispnee de efort și nocturnă (paroxistică) ;

— respirație „scurtă" în repaus ;

— elemente ajutătoare : hepatomegalie ; edeme ale membrelor inferioare ; turgescența venelor jugulare ; auscultația pulmonară și cardiacă.

53.13. INFARCTUL MIOCARDIC

— durere intensă retrosternală epigastrică — cadranele abdominale superioare ; iradiere dorsală — brațe — regiunea cervicală ; intensitatea durerii nu este accentuată de respirație și nici prin schimbarea poziției corpului ;

Scanned with OKEN Scanner

— antecedente (elemente) ajutătoare : bărbat în jur sau peste 40 de ani, fumător, hipertensiv, sedentar, un prînz excesiv, un efort fizic neobișnuit ;

— examenul clinic al abdomenului nesemnificativ și disproporționat de normal față de intensitatea durerii și starea generală ;

— semnele insuficienței cardiace.

53.14. EMBOLIA PULMONARĂ

— durere acută, intensă, în abdomenul superior (de partea corespunzătoare) cu intensificare chinuitoare la inspirație adîncă ;

— dispnee intensă ;

— hemoptizie ;

— stare anxioasă, de moarte iminentă ;

— semne stetacustice (infarct pulmonar) ; tahicardie ;

— examenul abdominal nesemnificativ.

53.15. PNEUMONIA

— durere puternică chinuitoare în abdomenul superior, mai ales de partea bolnavă, intensificată de respirația adîncă și tuse ;

— tuse, dispnee ;

— febră (frison de debut) ;

— semne stetacustice pulmonare.

53.16. PLEUREZIA

— durere intensă, chinuitoare în abdomenul superior de partea în care se dezvoltă pleurezia ;

— durerea este intensificată de inspirație și tuse ;

— contractură antalgică a musculaturii abdominale (inspirul dureros) ;

— auscultația toracică.

53.17. HIDRONEFROZA

— durere chinuitoare și continuă în regiunea lombară sau în abdomen (poate fi colicativă) ;

Scanned with OKEN Scanner

— greţuri, vărsături, oprirea tranzitului pentru gaze ;
— disurie — oligurie ;
— febră (frisoane) dacă coexistă pe lîngă ocluderea mecanică ureterală şi pionefroză ;
— apărare musculară discretă nesemnificativă ;
— palparea rinichiului (lombar sau abdominal).

53.18. PIELONEFRITA ACUTĂ

— element ajutător : explorare instrumentală urinară în antecedentele apropiate ;
— durere lombară intensă şi continuă cu iradiere în abdomen ;
— greţuri, vărsături ;
— disurie ;
— sensibilitate dureroasă în unghiul costovertebral ;
— febră ridicată ;
— examenul abdomenului — nesemnificativ.

53.19. HERPES ZOSTER

— durere intensă pe o arie determinată cu iradiere în abdomenul anterior ;
— durerea precede cu cîteva zile apariţia veziculelor herpetice.

54. CLINICA DURERII ABDOMINALE LOCALIZATĂ ÎN ABDOMENUL INFERIOR

54.1. APENDICITA

— durere (începutul) ±colicativă ; periombilical sau epigastric ;
— durere în faza iliacă dreaptă (după o perioadă variabilă) ;
— inapetenţă, greţuri, vărsături ;
— durere la palparea profundă în zona neoapendiculară ;
— contractură antalgică — reflexă ;
— semnul lui Rovsing ; psoasului +
— subfebrilitate.

Scanned with OKEN Scanner

În localizarea retrocecală ascendentă :

— după episodul dureros±colicativ periombilical, durerea se localizează în hipocondrul drept ;

— palparea profundă de-a lungul marginii costale posterioare drepte este dureroasă ;

— la cea mai mică bănuială de apendicită este obligatorie internarea de urgență, deoarece nu există nici un criteriu clinic între manifestările subiective și obiective și rata de agravare.

Tabloul clinic de apendicită poate fi dat de :

— limfadenita mezenterică ;

— boala lui Crohn (forma acută ileocecală) ;

— diverticulul lui Meckel ;

— diverticulita acută a colonului ;

— durerea intermenstruală (mittelschmerz).

54.2. DIVERTICULITA ACUTĂ A COLONULUI („APENDICITA ÎN STÎNGA")

— durere în abdomenul inferior, cu debut acut sau progresiv (maximă în faza iliacă stîngă — diverticul sigmoidian), cu intensitate variabilă, exagerată la defecare ;

— scaune cu mucus ;

— ușoară apărare în cadranul inferior stîng și sensibilitate dureroasă la palpare, durere la decomprimarea bruscă a peretelui ;

— febră.

54.3. DUREREA INTERMENSTRUALĂ

— durere vie în abdomenul inferior apărută la jumătatea ciclului menstrual (ruptura unui folicul ovarian urmată de hemoragie intraperitoneală) ;

— ±iradierea durerii în umeri ;

— ușoară contractură ;

— examenul genital : șîngerare, anexa de partea afectată±sensibilă ;

— element ajutător : antecedente similare, remitere spontană (orezile), momentul apariției raportat la ultima menstruație.

Scanned with OKEN Scanner

ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

1. DEZLIPIRI EPIFIZARE POSTTRAUMATICE

Dezlipirea epifizară constituie o leziune specifică oaselor copiilor, situație în care epifiza își schimbă poziția față de metafiză, în urma unei acțiuni traumatice, la nivelul cartilajului de creștere (fig. 1, 5, 6).

Raportul caracteristic de consistență dintre manșonul periostal și planul osos ce-l îmbracă poate explica o altă serie de leziuni posttraumatice caracteristice scheletului copilului : fracturi „în lemn verde (fig. 1, 1), îngroșarea diafizară (fig. 1, 2), unghiulație (fig. 1, 3), fracturi cu deplasare prin distrugerea manșonului periostal (fig. 1, 4).

Deoarece leziunile posttraumatice ale oaselor copilului se prezintă, în general, fără deplasări marcante ale capetelor fracturale, ele beneficiază ca tratament de urgență, la locul accidentului, de imobilizare cu atele Cramer, care să cuprindă zona fracturală ca și articulațiile vecine acestei zone.

Ca tratament definitiv, dezlipirile epifizare beneficiază de rezolvare ortopedică, intervențiile chirurgicale avînd o indicație redusă, limitată, în mare, la leziuni traumatice cu epifize basculate.

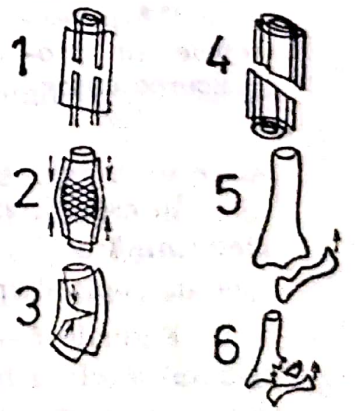


Fig. 1. Leziuni posttraumatice caracteristice scheletului copilului.

Scanned with OKEN Scanner

2. ENTORSE – GENERALITĂȚI

Entorsa este un complex de leziuni posttraumatice capsulo-ligamentare, de diferite grade, produse de obicei prin mecanism de distensie peste limita de toleranță biologică a acestor formațiuni. Leziunile capsulare și ligamentare pot fi însoțite de leziuni ale cartilajului articular, tendoane, plan osos etc. În toate cazurile, raportul dintre suprafețele articulare ale epifizelor se păstrează în limite normale.

Entorsele pot fi produse prin mecanism de hiperextensie ligamentară (fig. 2), prin suprasolicitare de lateralizare (fig. 3) și prin mecanisme directe ale agentului vulnerant (fig. 4).

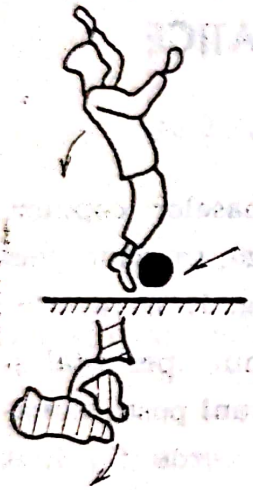


Fig. 2. Schema mecanismului prin hiperextensie în producerea entorselor.

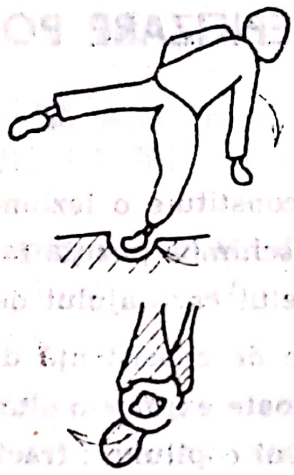


Fig. 3. Schema mecanismelor de lateralitate în producerea entorselor.

Fig. 4. Schema mecanismelor de acțiune directă în producerea entorselor.

În esență, spina iritativă traumatică, prin *distrugerile tisulare locale*, determină atît direct, cît și indirect, pe cale reflexă, reacțiile caracteristice de „episod inflamator aseptic" (entorsa).

Figurile 5—9 reprezintă aspecte schematice ale diferitelor grade de leziuni tisulare în entorse, începînd cu simple elongații și pînă la distrugeri totale. Socotim necesară această prezentare, mai pe larg, deoarece, sînt încă mulți medici practicieni care trec cu vederea aceste distrugeri de țesuturi (în cazul entorselor), pe care le tratează adesea cu superficialitate, apreciindu-le ca banale „scrîntituri". Figura 5 reprezintă aspecte de hematom periarticular asociat cu elongație ligamentară, figura 6 reprezintă leziuni de distrugere parțială ligamentară, fig. 7 înfățișează distru-

Scanned with OKEN Scanner

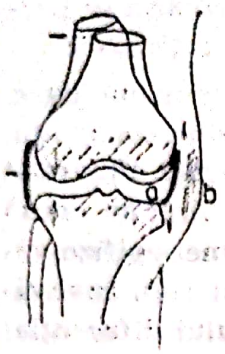


Fig. 5. Entorse : leziuni supra-fasciale.

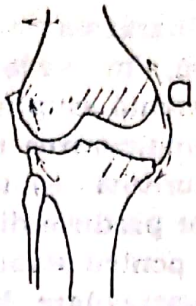


Fig. 6. Entorse : leziuni parţiale de ligamente.

Fig. 7. Entorse : leziuni distructive totale de ligamente.

Fig. 8. Entorse : leziuni capsulo-ligamento-condrale în entorse.

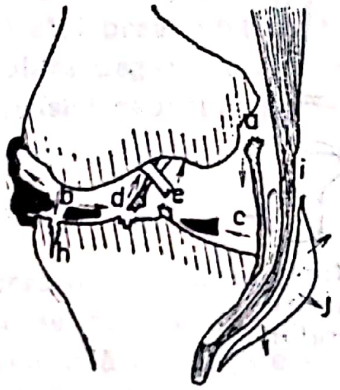


Fig. 9. Entorse : leziuni complexe intra şi periarticulare.

Fig. 10. Entorse : poziţie „antalgică" a gleznei.

geri totale ligamentare iar figurile 8 şi 9 ilustrează leziuni complexe ligamentare, cartilaginoase şi ale planului osos.

Din punct de vedere **simptomatologic,** afecţiunea debutează cu o durere vie (din primul moment) în urma unei acţiuni traumatice la nivelul articulaţiei. Durerea iniţială poate să diminueze mult pe un interval de cîteva ore, pentru ca ulterior, odată cu apariţia edemului, senzaţia dureroasă să se amplifice.

La inspecţie se remarcă poziţia antalgică a segmentului anatomic ce conţine leziunea, poziţie determinată de punerea în situaţie de relaxare a articulaţiei dureroase (fig. 10).

Alături de semnele clinice amintite, indicaţii asupra vechimii leziunii le poate furniza şi aspectul tegumentelor regionale : în primele ore paliditate şi răceală, apoi roşeaţă, tumefacţie şi căldură locală, iar după un oarecare interval de timp, cianoză şi răceală tegumentară. Echimozele

din entorse, spre deosebire de cele datorită focarelor fracturale, rămîn de obicei limitate în zonele ligamentare. Pe de altă parte, articulaţia se prezintă mărită în volum, datorită edemului şi revărsatelor articulare.

Punctele dureroase, la palpare, sînt situate pe traiectele ligamentare. O investigaţie clinică valoroasă, în vederea precizării diagnosticului, constă în manevrarea de la distanţă asupra focarelor fracturale. Figura 11 demonstrează că (în entorse) manevrarea planului osos în direcţie opusă zonei dureroase exacerbează durerea (+), iar manevrarea unei epifize vecine spre zona dureroasă poate produce diminuarea durerii (—). Investigaţiile amintite sînt valoroase pentru stabilirea diagnosticului diferenţial dintre entorse şi fracturi para-articulare, în care semnele amintite se inversează (fig. 12).

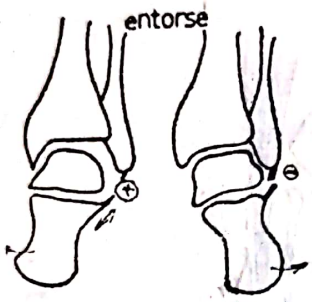


Fig. 11. Entorse: schema interpretării manevrelor indirecte.

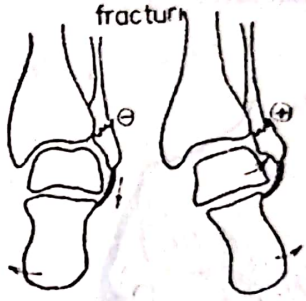


Fig. 12. Fracturi: schema interpretării manevrelor indirecte.

În entorsele grave, cu distrugeri totale de ligamente, mişcările anormale de la nivelul unei articulaţii pot atinge limite extreme.

3. ENTORSE — TRATAMENT DE URGENŢĂ

Entorsele simple, care au beneficiat de tratament corect, se vindecă între 1—2 săptămîni.

În entorsele grave sînt necesare uneori chiar intervenţii chirurgicale (leziuni meniscale, distrugeri ligamentare complexe etc.).

Obiectivele generale ale tratamentului: combaterea durerii şi medicaţie de remediere a reflexelor dureroase (novocainizare), imobilizarea articulaţiei cu atele şi aparate ghipsate, rezolvarea complicaţiilor, recuperarea funcţională, remedierea sechelelor.

Scanned with OKEN Scanner

Luînd drept criteriu una dintre clasificările „didactice" ale entorselor, enumerăm următoarele *acțiuni terapeutice locale și regionale:*

— În entorsele ușoare se aplică comprese revulsive locale, repaus articular 5—10 zile, fașă elastică sau ciorap elastic 1—3 săptămîni, infiltrații locale cu Novocainã, Rx-terapie în edemele masive și aparat ghipsat o săptămînă (dacă e cazul).

— În entorsele de gravitate mijlocie : novocainizări periligamentare și capsulare, aparat ghipsat 1—2 săptămîni, apoi ciorap elastic sau de gelatină zincată 3 săptămîni, iar ulterior Hidrocortizon local dacă nu s-a instalat osteoporoza, infiltrații intraarteriale cu Novocainã la baza membrului în tulburări circulatorii marcante, aparat de abducție pentru membrul superior, atelă Böhler pentru membrul inferior în situații complicate cu edeme ce nu cedează la tratamentele amintite etc.

— În entorsele grave (practic complicații), imobilizarea se prelungește pînă la 3—4 săptămîni pentru asigurarea unei cicatrizări ligamentare bune (atenție la imobilizări prea lungi). În hemartrozele masive se procedează la puncția articulară degajatoare, în scopul prevenirii laxităților ulterioare datorită distensiei capsulo-ligamentare.

— Entorsele complexe au, de cele mai multe ori, indicație de tratament chirurgical, în vederea refacerii operatorii a țesuturilor articulare distruse.

Accentuăm, că este o *greșeală* condamnabilă instituirea de tratamente iritative (congestive) în entorse, cum ar fi masajul — mai ales masajul profund —, ultrascurtele, mobilizările forțate sub diferite aspecte etc. Insistăm asupra acestei realități, deoarece se mai păstrează încă, pe o scară destul de largă, sus-numitele „obiceiuri" de „vindecare" a „scrîntiturilor".

4. FRACTURI — SEMIOLOGIE CLINICĂ

Prin fractură se înțelege o întreupere totală sau parțială a continuității unui plan osos, în urma unui traumatism. Trebuie amintit, de la început, că traumatizatul ce prezintă leziunea locală fracturală suferă concomitent și de o boală generală (dereglări posttraumatice generale) declanșată de spina iritativă, ce o constituie leziunile distructive ale planului osos.

Din mulțimea *clasificărilor* leziunilor fracturale, noi o socotim ca cea mai adecvată pe următoarea: fracturi închise sau deschise ale oaselor sănătoase și fracturi închise sau deschise ale oaselor bolnave. Sînt im-

proprii clasificările unora, care împart fracturile în fracturi traumatice şi fracturi patologice sau spontane. Pentru această a doua categorie, reamintim că definirea corectă este de „fractură a osului bolnav" (exemplu: „fractură diafizară tibială pe teren tumoral").

Din punct de vedere *anatomo-patologic*, agentul traumatic poate acţiona asupra planului osos fie direct, fie indirect (la distanţă de focarul fractural). Figura 13 demonstrează o acţiune traumatică directă. Figurile următoare demonstrează acţiuni traumatice indirecte, prin : mecanism de flexie (fig. 14), mecanism de tasare (fig. 15 şi 16), mecanism de torsiune (fig. 17), mecanism de tracţiune (fig. 18—19).

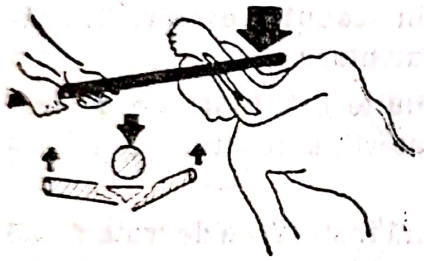


Fig. 13. Fracturi : mecanism de acţiune directă în producerea fracturii.

Fig. 14. Mecanism de producere a fracturii prin hiperflexie.

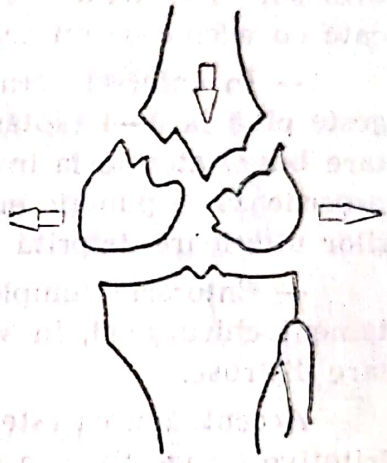


Fig. 15. Mecanism de producere a fracturii prin tasare.

Fig. 16. Mecanism de producere a fracturii prin tasare.

Fig. 17. Mecanism de torsiune în producerea fracturii.

Fig. 18. Mecanism de fractură prin tracţiune.

Planurile fracturale sînt determinate de traiecte : transversale, oblice, spiroide, longitudinale și multiple.

Capetele osoase fracturale pot suferi : deplasări longitudinale, deplasări prin încălecare, unghiulație, deplasări laterale, diastaza și rotația.

Părțile moi din jurul focarelor fracturale (tegumente, fascii, mușchi, vase și nervi) pot suferi leziuni distructive (parțiale sau totale).

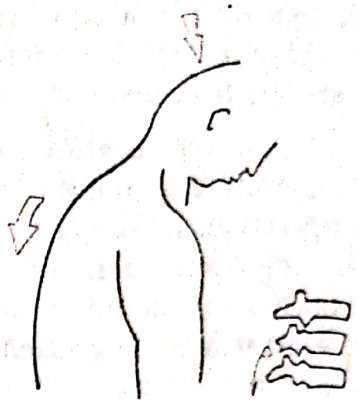


Fig. 19. Mecanism de fractură prin tracțiune.

Simptomatologia fracturală se împarte în semne clinice generale și locale.

Semne fracturale generale : șocul traumatic („satelitul perfid al traumatismului"), care în cazuri de hemoragie masivă îmbracă forma de șoc hemoragic, iar în leziuni osoase complicate, cu zdrobiri masive a părților moi, îmbracă forma de „sindrom de zdrobire". Hipertermia (febra traumatică) e determinată (în unele cazuri) de resorbțiile din focarul fractural. Momentul traumatic fractural poate agrava, pe de altă parte, anumite afecțiuni ale organismului, care pînă în momentul accidentului se aflau în faza preclinică, fază cronică tolerată. Academicianul Rădulescu evidențiază, în detalii, și complicația generală, pe care o numește „boala traumatică", adică un complex de leziuni ce se instalează în timp (săptămîni, luni de zile după accident).

Semne locale de probabilitate. Durerea, apare imediat după momentul traumatic. În unele cazuri însă, senzația dureroasă poate fi minimă, datorită unor boli preexistente (siringomielie sau în alte stări de activitate neurotrofică deficitară).

Pe de altă parte, durerea poate avea sediul în zona focarului fractural sau poate îmbrăca forma de durere reflectată.

O manevră utilă în depistarea, mai ales a fracturilor parțiale (ce se pot confunda cu entorsele) este tehnica provocării durerii, prin presiune, din direcția axială a segmentului anatomic vecin. De exemplu, presiunea pe degetul în extensie provoacă dureri focale (+) la nivelul metatarsului 2 fracturat. În acest scop, presiunea antero-posterioară pe stern provoacă dureri, la distală, în focarul unei coaste fracturate (fig. 20).

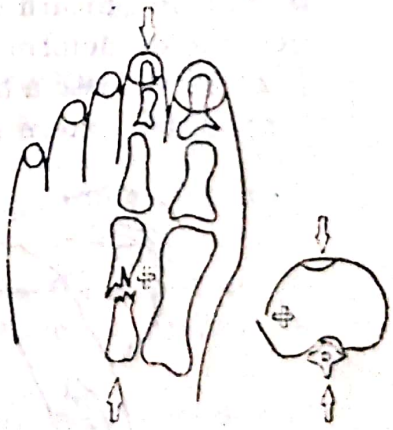


Fig. 20. Manevre de acțiune indirectă în explorarea focarelor fracturale.

Echimozele tardive ce migrează în regiunile vecine — flictenele, deformarea regiunii, scurtarea

segmentului anatomic (comună și unor luxații), impotență funcțională de diferite grade — constituie o altă serie de semne locale de probabilitate, în fracturi.

Semnele locale de certitudine sînt : mobilitatea anormală la nivelul unui anumit segment osos rigid, crepitațiile osoase (atenție la manevre intempestive), lipsa transmiterii mișcărilor (în paralel) de o parte și de alta a zonei fracturale, întreruperea continuității reliefului osos, depistabilă la palpare (ușor de evidențiat la oasele situate superficial). Bineînțeles că, investigația radiografică oferă posibilitatea de certitudine majoră în leziunile fracturale.

Complicațiile generale ale fracturilor : șocul traumatic, emboliile, hemoragia internă, sincopa, asfixia, coma traumatică, congestiile pulmonare, tulburări urinare, agravarea unor stări biologice deficitare preexistente etc.

Complicațiile locale imediate : leziunile vaselor și nervilor, distrugerea celorlalte părți moi din jurul focarelor fracturale, interpozițiile de părți moi dintre fragmentele osoase, hematoame interstițiale masive, artritele traumatice, fracturile-luxații, hemartrozele, fracturile deschise (secundar).

Leziunile vaselor și nervilor trebuie recunoscute și specificate de urgență în fișa bolnavului, înainte de a se executa orice manevră terapeutică. În acest scop se va investiga pulsul arterei radiale (pentru fracturile membrului superior) și pulsul arterei pedioase (pentru fracturile oaselor membrului inferior).

Leziunile trunchiurilor neurale pot fi recunoscute, în urgență, după atitudinile caracteristice ale mîinii și piciorului : în leziunile de radial e vorba de „mîna balantă" (fig. 21) ; leziunile nervului cubital se caracterizează prin „gheara cubitală" (fig. 22) ; leziunile nervului median sînt evidențiate de deformația „mîna de maimuță" (fig. 23) ; figura 24 ilustrează pozițiile vicioase a labei piciorului, în cazuri de paralizii ale nervului sciatic popliteu extern sau cele ale trunchiului comun a sciaticului.

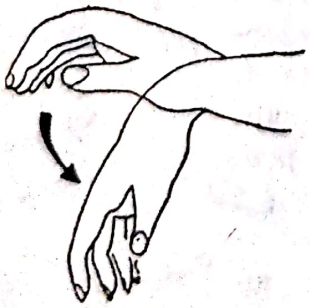


Fig. 21. Poziția mîinii în paralizia nervului radial.

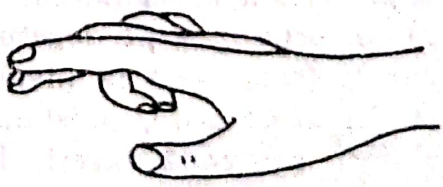


Fig. 22. Poziția mîinii în paralizia nervului cubital.

Scanned with OKEN Scanner

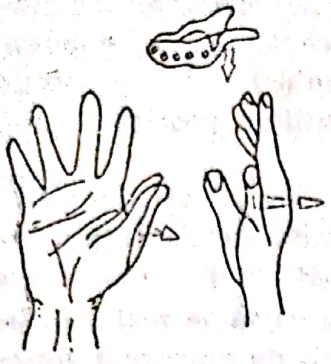


Fig. 23. Poziția mîinii în paralizia medianului.

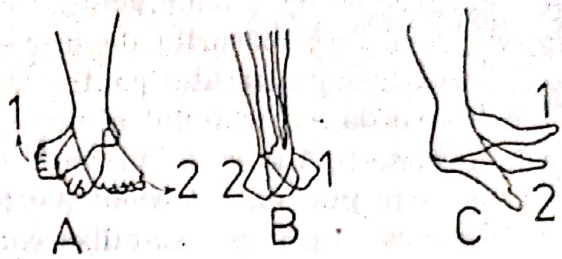


Fig. 24. Pozițiile piciorului în paraliziile sciaticului și a ramurilor sale.

Complicațiile locale și regionale tardive : întîrzierea de consolidare, pseudartroza, osteonecroza posttraumatică, osificările perifocale, retracția musculară ischemică Volkmann, edemul trofic postfractural, defecte de creștere segmentară (la tineri și la copii), necrozele osteoarticulare, redori articulare, nevrite tardive, osteite și osteomielite, bolile calusului, cu referință îndeosebi la consolidările vicioase.

5. FRACTURI – OBIECTIVELE PRIMULUI AJUTOR TRAUMATOLOGIC LA LOCUL ACCIDENTULUI (PRIM AJUTOR PREMEDICAL ȘI MEDICAL)

Tratamentul fracturilor are ca obiective, în primul rînd, salvarea vieții accidentatului, amenințată de tulburările generale posttraumatice pe care le suferă organismul și, în paralel, redarea funcției regiunii anatomice traumatizate. Neglijînd această etatizare de acțiuni terapeutice, nu sînt puține situațiile, în care sîntem puși, de a constata că : „se ridică un accidentat, se transportă un muribund și la spital ajunge un mort" (Arnaud).

În practica traumatologică se poate vorbi de un tratament de urgență la locul accidentului, alături de tratamentul definitiv realizat într-o instituție sanitară de specialitate.

Tratamentul de urgență, la locul accidentului, apare ca o acțiune de importanță majoră pentru bolnav, întrucît de rapiditatea instituirii sale depinde viitorul accidentatului, pentru care „clipele se înregistrează ireparabil, ca și timpul la un ceas de pontaj".

Scanned with OKEN Scanner

Revenind la *analiza noţiunilor generale*, privind obiectivele primului ajutor traumatologic, le expunem, schematic, în continuare : remontarea stării generale a bolnavului, reducerea funcţională în ax şi imobilizarea provizorie, măsurile de prevenire a complicaţiilor postfracturale, pregătirea traumatizatului pentru transport.

În acordarea primului ajutor traumatologic, la locul accidentului, trebuie să se ţină seama de o serie de „factori de gravitate", specifici terenului, care pun uneori probleme foarte dificile medicului.

În ceea ce priveşte spitalizarea, este de dorit ca ea să se realizeze în cel mai scurt timp şi la spitalul cel mai utilat (secţii de chirurgie generală, secţii de traumatologie). Socotim ca improprii internările în „staţionare intermediare", cum ar fi spitalele rurale sau cele fără secţii de chirurgie.

Enumerăm gradele de urgenţe (după Arnaud) :

— leziuni grave ale sistemului circulator (colaps) ;
— leziuni grave ale sistemului respirator (sincopa respiratorie) ;
— plăgi întinse ale vaselor mari ;
— hemoragia internă ;
— leziuni cranio-encefalice, cu hematom extradural ;
— leziuni viscerale ;
— plăgi cranio-encefalice ;
— fracturi deschise şi plăgi ale oaselor şi articulaţiilor ;
— plăgi ale părţilor moi, arsuri, plăgi oculare ;
— luxaţii şi fracturi închise ale membrelor ;
— traumatisme închise ale craniului şi rachisului ;
— alte leziuni traumatice mai mici (leziuni minore, în primul moment, dar care, însă, ulterior se pot complica). Exemplu : plăgi mici palmare şi digitale, complicate secundar cu flegmoane palmare sau chiar antebrachiale.

6. FRACTURI — IMOBILIZĂRI DE URGENŢĂ ; ATELE, APARATE GHIPSATE, BANDAJE, APARATURĂ TRAUMATOLOGICĂ

a) **Atela Cramer**, alături de atelele ghipsate, constituie mijlocul cel mai adecvat pentru imobilizarea focarelor fracturale.

Atela Cramer (fig. 25) este formată, în lungime, din două sîrme metalice maleabile, paralele între ele şi legate una de alta cu sîrme perpendiculare subţiri (1).

Scanned with OKEN Scanner

În vederea aplicării atelei, în scopul imobilizării, se așază un strat de vată pe una din fețele sale ce vine în contact cu tegumentele, strat care apoi se consolidează la scheletul metalic cu circulare de fașă (2).

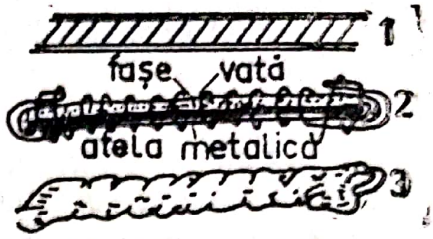


Fig. 25. Schema atelei Cramer.

b) **Fașa ghipsată** poate fi aplicată simplă sau suprapusă în atele ghipsate. Figura 26 demonstrează modalitatea de așezare a prafului de ghips pe o fașă simplă de pansament, pentru a deveni fașă ghipsată.

Figura 27 arată modul de pliere a feților ghipsate, într-un număr de straturi dorite, pentru a deveni atelă ghipsată.

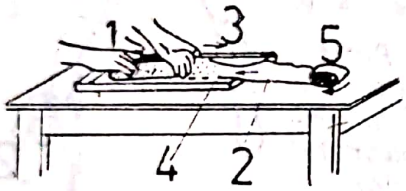


Fig. 26. Schema tehnicii de „ghipsare" a unei fiși de tifon.

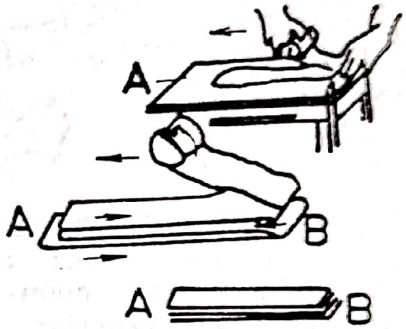


Fig. 27. Schema confecționării atelelor ghipsate din fești ghipsate.

Figura 28 prezintă tehnica „îmbibării" feților și atelelor ghipsate într-un lighean cu apă călduță, ca și felul în care se scoate atela ghipsată din apă și se stoarce de la capete.

Figura 29 înfățișează „aranjarea" atelei ghipsate între palmele medicului, pentru a i se regulariza superfețele.

Fig. 28. Tehnica „îmbibării" cu apă a feților ghipsate.

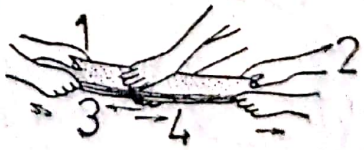


Fig. 29. Tehnica regularizării suprafețelor atelei ghipsate.

Scanned with OKEN Scanner

c) **Poziţiile de reducere în ax** a focarelor fracturale, la locul accidentului.

Poziţiile favorabile pentru manevre de reducere şi imobilizări de urgenţă constituie condiţiile de bază a realizării reducerii în ax.

Figura 30 înfăţişează poziţia optimă pentru reducerile corecte a fracturilor oaselor membrului superior, la locul accidentului, iar figura 31, aceleaşi condiţii, pentru fracturile oaselor membrului inferior.

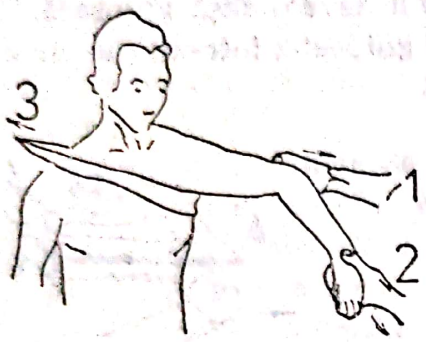


Fig. 30. Poziţia de reducere în ax a fracturilor membrului superior.

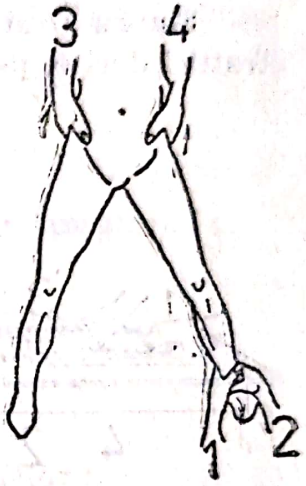


Fig. 31. Poziţia de reducere în ax a fracturilor membrului inferior.

d) Imobilizările de urgenţă corecte presupun respectarea **întinderii suficiente a mijlocului de imobilizare** (atela), cuprinzînd atît focarul de fractură, cît şi articulaţiile vecine (în mod obligatoriu).

Figurile 32 şi 33 ilustrează modalitatea de imobilizare largă a membrului superior şi a membrului inferior, atunci cînd segmentele amintite conţin mai multe focare de fractură.

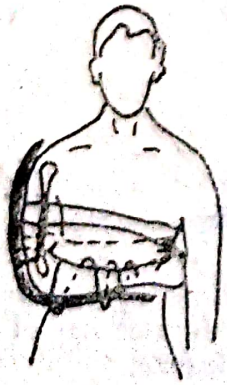


Fig. 32. Modalitatea de imobilizare cu atele a fracturilor membrului superior.

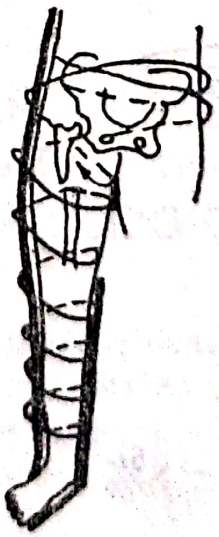


Fig. 33. Modalitatea de imobilizare cu atele a fracturilor membrului inferior.

Scanned with OKEN Scanner

e) **Tehnica Desault** oferă o modalitate practică de imobilizare, de urgență, a membrului superior, în totalitate (fig. 34, 35, 36).

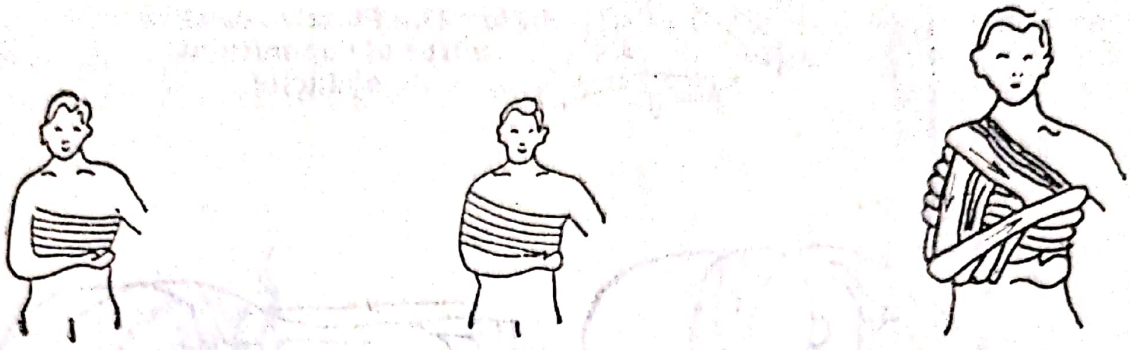


Fig. 34, 35, 36. Imobilizarea Desault.

f) Imobilizarea prin **cîrpă dreptunghiulară** este o metodă ideală pentru fixări posttraumatice, în aceleași indicații ca și la tehnica precedentă (fig. 37, 38, 39, 40, 41, 42).

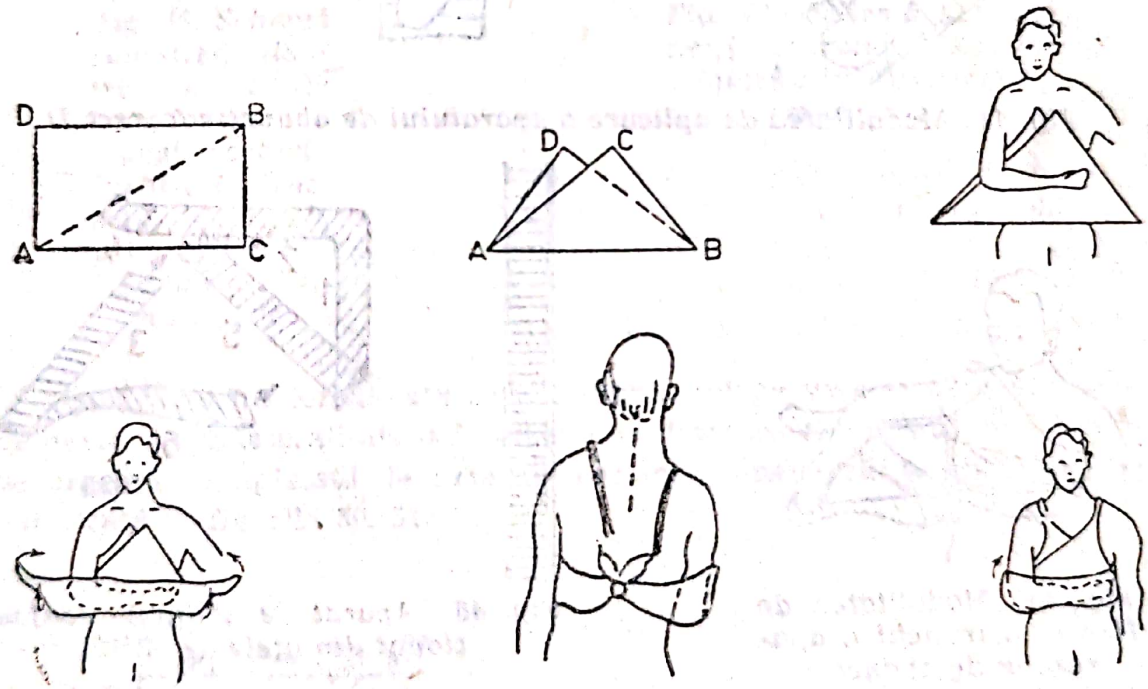


Fig. 37, 38, 39, 40, 41, 42. Tehnica imobilității fracturilor prin pînză dreptunghiulară.

g) **Aparatul de abducție** apare util în imobilizările membrului superior cu tulburări posttraumatice trofice (circulatorii) marcante (fig. 43, 44, 45, 46).

h) **Întinderea imobilizărilor de urgență**, pentru diferite focare fracturale ale membrelor, este schematizată în figura 47.

Scanned with OKEN Scanner

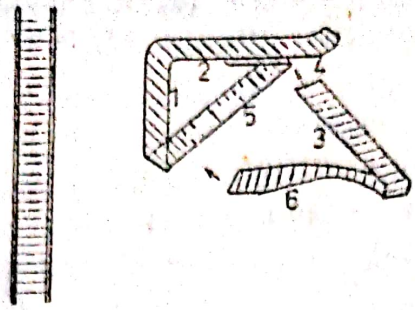


Fig. 43. Piesele constitutive ale aparatului de abducție.

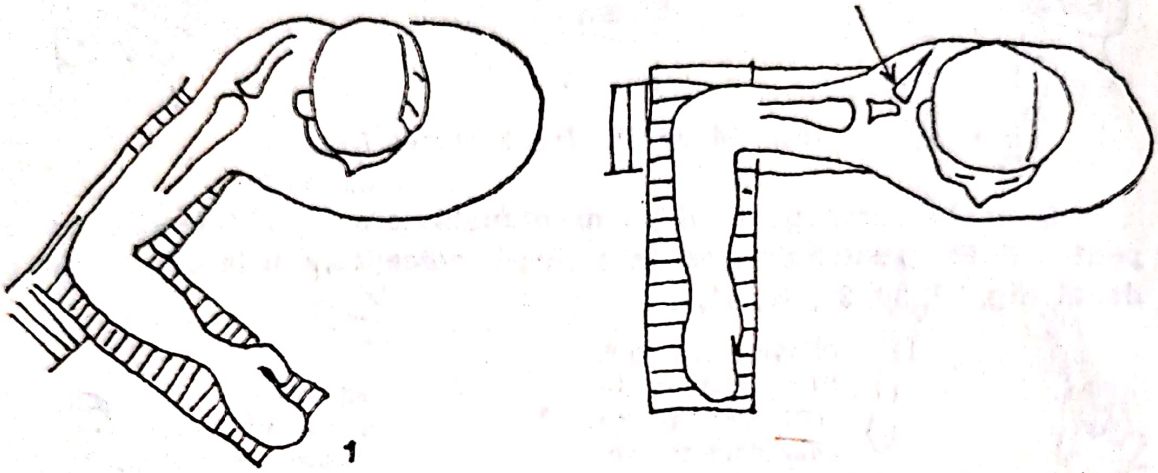


Fig. 44. Modalitatea de aplicare a aparatului de abducție (corect 1).

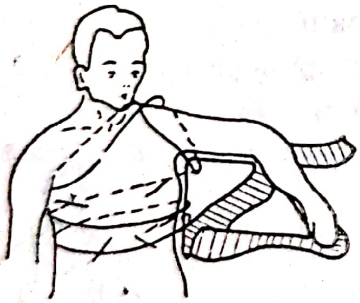


Fig. 45. Modalitatea de fixare la trunchi a aparatului de abducție.

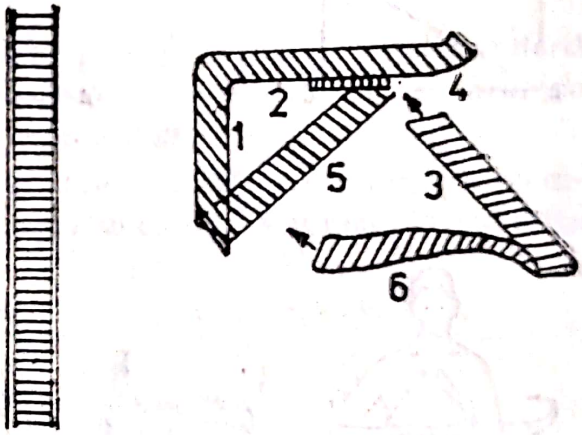


Fig. 46. Aparat de abducție confecționat din atele de sîrmă.

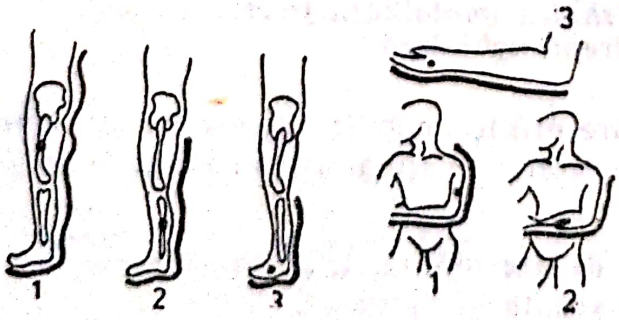


Fig. 47. Schema „întinderii" diferitelor imobilizări.

i) **Combatem în mod deosebit întrebuințarea atelelor de scîndură,** deoarece aceste mijloace, fiind ineficace (nu imobilizează articulațiile vecine focarului fractural) sau chiar periculoase, pot crea condiții pentru deschiderea secundară a focarelor de fractură, fie prin bascularea fragmentelor osoase, fie prin compresiuni laterale, mai ales dacă se aplică două atele de scîndură (fig. 48, 49).

Fig. 48. Schemă sugestivă ilustrînd modul de transformare a unei fracturi închise în fractură deschisă, prin mecanism de basculare marginală.

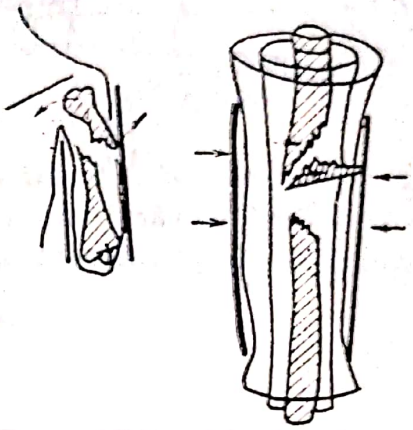


Fig. 49. Schema deschiderii focarului fractural datorită imobilizărilor imperfecte.

j) Fracturile complicate prin compresiuni pe vase și nervi, cauzate de devierile în lateralitate a fragmentelor fracturale, necesită imobilizare de urgență, completată de extensie continuă, manevră terapeutică demonstrată în figurile 50, 51.

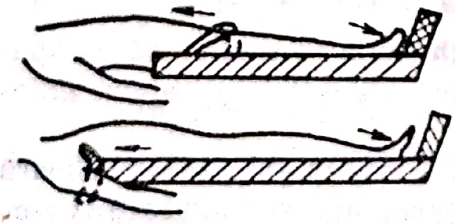


Fig. 50. Modalitate de imobilizare de urgență, cu extensie, în fracturile oaselor membrului inferior.

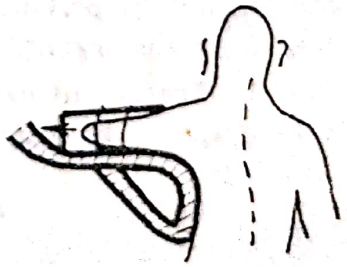


Fig. 51. Modalitatea de imobilizare de urgență, cu extensie, în fracturile oaselor membrului superior.

Scanned with OKEN Scanner

l) În situațiile cînd **lipsește orice mijloc de imobilizare** adecvat, la locul accidentului și dacă se adaugă necesitatea unui transport rapid, fracturile membrului inferior beneficiază de imobilizare constînd în fixarea ambelor membre inferioare unul de celălalt (fig. 52).

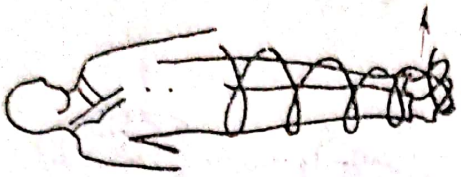


Fig. 52. Imobilizare „de necesitate" în fracturile membrelor inferioare.

Încheiem capitolul tratamentului de urgență a fracturilor, la locul accidentului, cu adevărul enunțat de Hipocrat : „dacă fracturile sînt simple va fi simplu și tratamentul, cu condiția să se acționeze de urgență".

7. FRACTURI — TRATAMENT ORTOPEDIC, TRATAMENT CHIRURGICAL

Tratamentul definitiv este de fapt continuarea remedierii dezordinelor tisulare posttraumatice, locale și generale, acțiune începută încă în prima etapă, de urgență, la locul accidentului.

Din alt punct de vedere, rezolvarea definitivă a fracturilor (reducerea focarului de fractură, imobilizarea focarului de fractură în vederea consolidării) poate fi realizată prin *metode conservatoare* (aparate ghipsate, extensie continuă) și *metode chirurgicale* (osteosinteză).

a) **Tratament ortopedic. Reducerea nesîngerîndă** se realizează fie manual, fie folosind aparate traumatologice. Se urmărește, în principiu, să se obțină remedierea funcțională a segmentului osos fracturat. Nu enumerăm detalii privind această tehnică, avînd în vedere aspectul de traumatologie de urgență la locul accidentului, a lucrării noastre.

b) **Tratament ortopedic. Imobilizarea ghipsată** se realizează cu aparate ghipsate circulare, atele ghipsate, paturi ghipsate, jgheaburi ghipsate etc.

— La nivelul membrului inferior, dacă aparatul ghipsat nu coboară pînă la talpă, se recomandă îmbrăcarea cu ciorap elastic sau gelatină zincată a porțiunii de membru liberă (fig. 53).

— Figura 54 înfățișează un model de jgheab ghipsat, iar figura 55 un model de pat ghipsat. Aparatele ghipsate pot fi aplicate simplu sau incluzînd în ele broșe de fixare transcheletică (fig. 56).

Scanned with OKEN Scanner

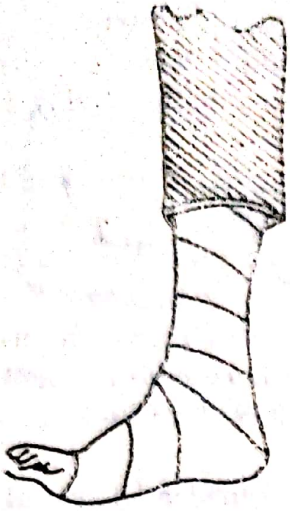


Fig. 53. Modalitate de completare terminală a aparatelor ghipsate.

Fig. 54. Jgheaburi ghipsate.

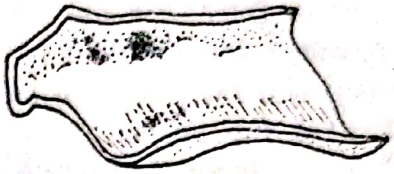


Fig. 55. Pat ghipsat.

Fig. 56. Aparat ghipsat cu broşe transcheletice.

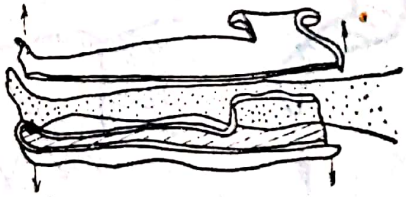


Fig. 57. Aparat ghipsat sistem bivalv.

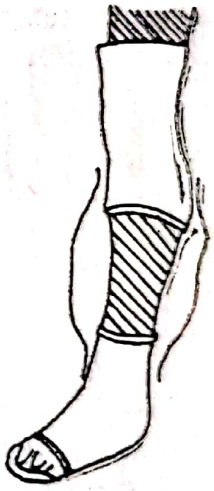


Fig. 58. Aparat ghipsat „armat"

— În unele cazuri, după înlăturarea aparatelor ghipsate circulare, imobilizarea poate fi completată de sistem bivalv (fig. 57).

Se asigură astfel posibilitatea de execuţie a gimnasticii medicale, la anumite intervale din zi (la nivelul regiunii).

— Dacă regiunea de fractură prezintă şi plăgi întinse ale părţilor moi, se pot aplica „ghipsuri armate" (fig. 58) ce permit pansamente sistematice.

Scanned with OKEN Scanner

— Fig. 59 ilustrează principiile unui „aparat ghipsat de mers".

— Imobilizările membrului superior sînt „incomode" dacă nu cuprind și mîna, care, dacă nu e imobilizată, cade într-o poziție balantă (fig. 60).

— Aparatele ghipsate se pot aplica fie direct pe piele, acoperind proeminențele osoase cu perniță de tifon sau vată (Böhler), fie prin intermediul unui strat uniform de vată, așezat între ghips și tegumente, sub toată întinderea aparatului. Noi opiniem pentru ultima modalitate.

— Dacă aparatele ghipsate sînt prea strînse, mai ales după un interval de timp în care se accentuează edemul, ele vor fi despicate în toată lungimea lor (secțiune care va interesa și vata și circularele de fașă ce o fixează sub ghips).

— Uneori aparatele ghipsate devin prea largi, după cedarea edemului. În aceste cazuri ele se readaptează grosimii segmentului anatomic, prin înlăturarea unor porțiuni din aparatul ghipsat și apoi fixarea buzelor ghipsului cu circulare ghipsate.

— În caz că ghipsul prezintă, în anumite zone, „imprimări", aceste înfundări, care lezează părțile moi, se degajează prin crearea unei „ferestre ghipsate" regionale, cu capac, placă ce se reaplică în scopul prevenirii „edemelor de fereastră" (fig. 61).

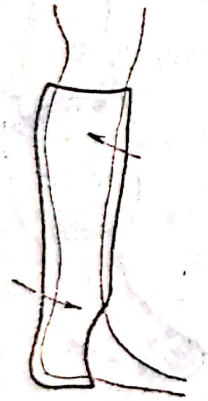


Fig. 59. Aparat ghipsat de mers.

Fig. 60. Cotieră ghipsată „insuficientă".

Fig. 61. Confecționarea unei „ferestre" în aparatul ghipsat.

— Se va evita ca, după aplicarea ghipsului într-o anumită poziție, să se dea ulterior, în timp ce aceasta se întărește, o altă poziție, situație ce determină plicaturări secundare a aparatului ghipsat, cute care pot leza părțile moi subiacente. Figura 62 explică această afirmație valabilă pentru aparatele ghipsate ce înglobează gamba și laba piciorului.

— În vederea ușurării mersului se poate aplica o talpă ortopedică sau scăriță metalică (fig. 63).

— Controlul radiografic periodic este obligatoriu în timpul imobilizării ghipsate.

Scanned with OKEN Scanner

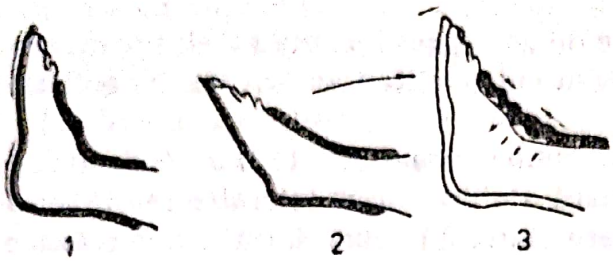


Fig. 62. Modul de aplicare a aparatului ghipsat la nivelul piciorului.

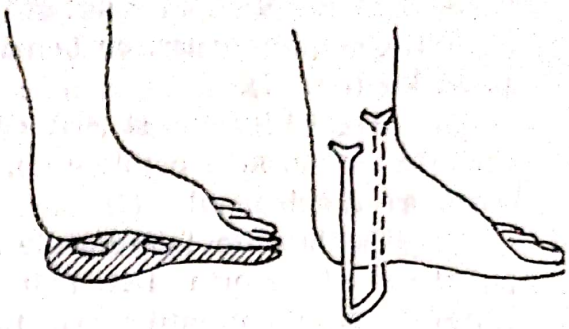


Fig. 63. Scărițe ortopedice

— La termenul fixat, aparatul ghipsat se înlătură. Manevra se execută (fig. 64) fie cu ferăstrăul (1), fie cu foarfeca de tăiat ghips (2), fie cu un clește „cioc de rață" (3), fie cu bisturiul (4).

— Figura 65 înfățișează readaptarea unui ghips larg prin tăiere cuneiformă, iar fig. 66 „despicarea" în lungime a unui ghips circular.

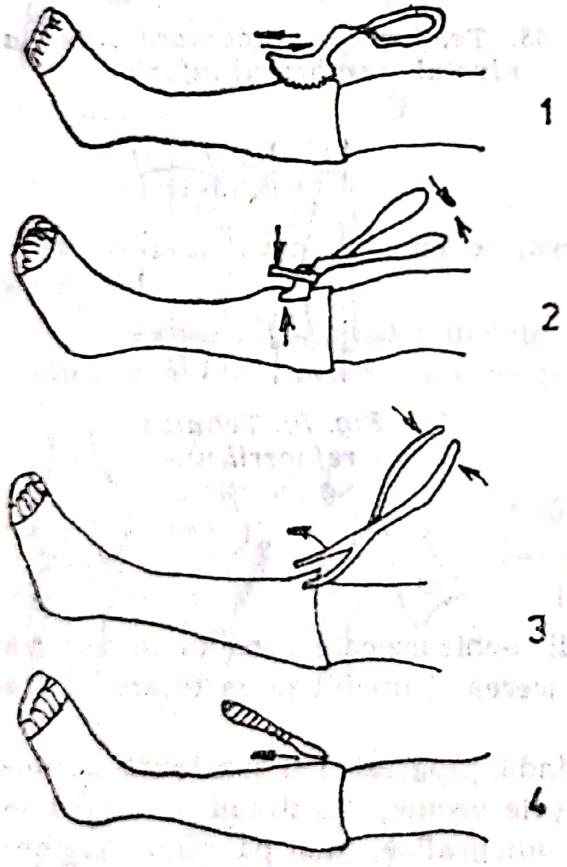


Fig. 64. Modalități de înlăturare a aparatului ghipsat.

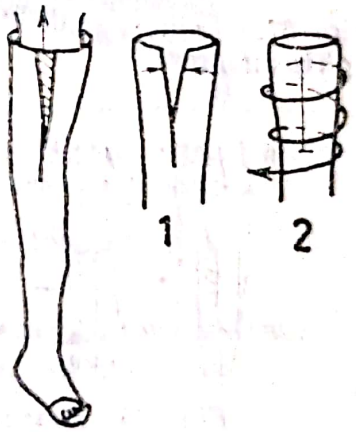


Fig. 65. Modalitate de „ajustare" a aparatelor ghipsate

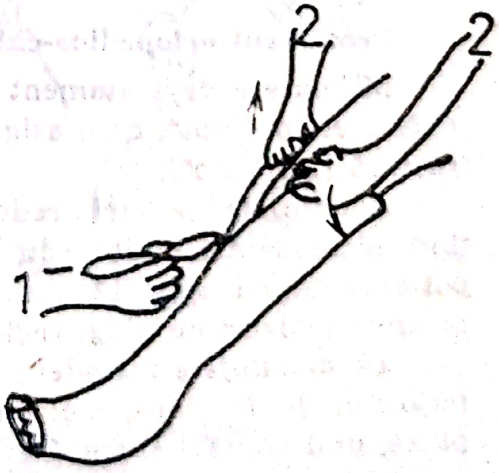


Fig. 66. Modalitate de despicare a aparatului ghipsat.

Scanned with OKEN Scanner

— Marginile aparatului ghipsat, mai ales cînd este vorba de corsete ghipsate, se pot acoperi cu benzi de leucoplast, pentru a se evita fărîmițarea lor (fig. 67).

— Fig. 68 ilustrează teritoriile de „compresiune" la nivelul membrului inferior : groapa poplitee (1), sciaticul popliteu extern (2), tuberozitatea mare a calcaneului (3).

— Deplasările laterale ale capetelor osoase fracturale (sub ghips) pot fi remediate prin tăierea circulară a ghipsului și lateralizarea inversă (fig. 69), iar unghiulațiile prin tăiere laterală cuneiformă de reaxare (fig. 70).

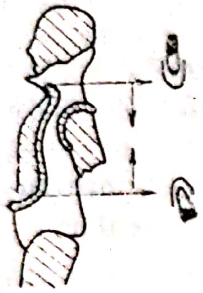


Fig. 67. Corset ghipsat înalt.

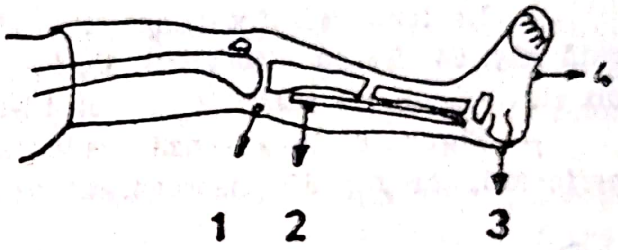


Fig. 68. Teritoriile de „compresiune" la nivelul membrului inferior.

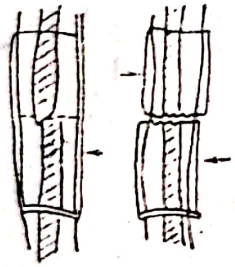


Fig. 69. Tehnica refacerii devierii în lateralitate.

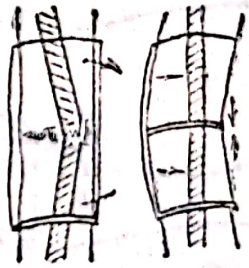


Fig. 70. Tehnica refacerii unghiulației.

Tratament ortopedico-chirurgical

Mijloacele de tratament ortopedico-chirurgicale constau în tehnica „extensiei continui", care asigură reducerea și imobilizarea focarelor de fractură („în timp").

Avantajele metodei : reducere blîndă, progresivă și constantă, permițînd mici mișcări limitate în articulațiile vecine. În timpul extensiei se pot executa, cu ușurință, controalele radiografice, ca și pansamentele necesare, în cazuri de plăgi regionale întinse.

Dezavantajele metodei : nu se poate obține întotdeauna reducerea focarului de fractură, metoda presupune folosirea unei aparaturi complexe, unii bolnavi suportă greu repausul îndelungat la pat etc.

Scanned with OKEN Scanner

Condiţii : intensitatea tracţiunii să nu depăşească limita de „toleranţă biologică" a regiunii anatomice (1/6—1/10 din greutatea corpului). Extensia continuă se înlătură după ce s-a format calusul fibroosteoid (aproximativ 3—6 săptămîni) şi se poate completa, în continuare, cu aparate ghipsate sau alte mijloace ortopedice.

În cazul fracturilor oaselor membrului inferior, este necesară ridicarea capătului distal al patului, pentru asigurarea contraextensiei de către greutatea corpului (fig. 72).

Laba piciorului trebuie susţinută mereu în poziţie de unghi drept faţă de gambă, în vederea prevenirii redorilor gleznei în equinism (fig. 71). Extensia continuă se înlătură şi în situaţii de intoleranţă faţă de broşe.

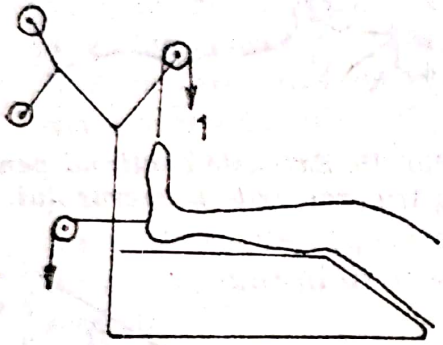


Fig. 71. Aparatul Braun-Böhler.

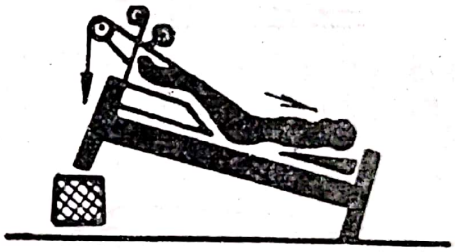


Fig. 72. Schema principiului de basculare a patului.

În practica traumatologică se preferă extensiile transscheletice cu broşe Kirschner.

— În figura 73 se arată punctele de indicaţie pentru extensia transscheletică (zone de introducere a broşei) şi zonele periculoase.

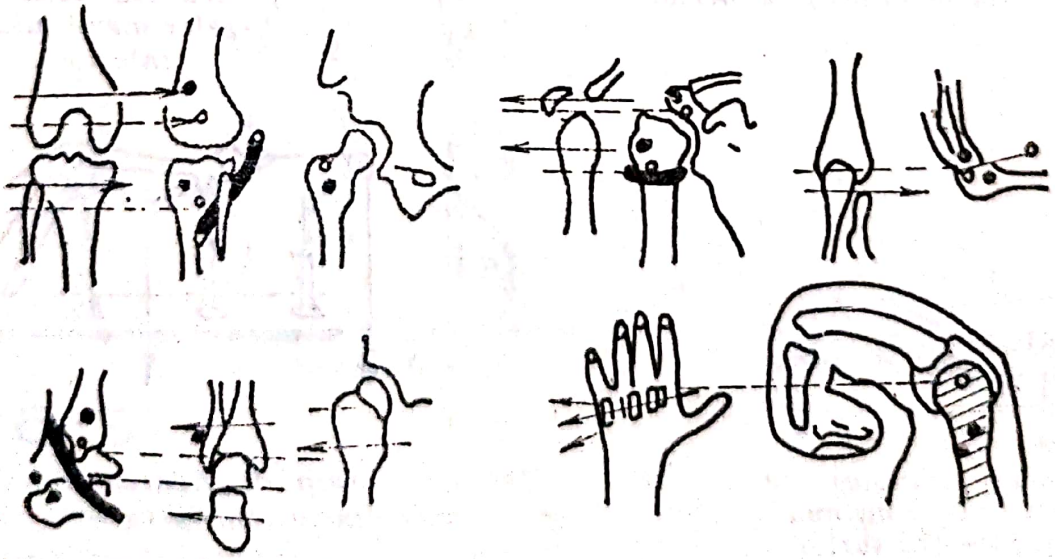


Fig. 73. Zone de indicaţie şi contraindicaţie a uplicării broşelor transcheletice de tracţiune.

Scanned with OKEN Scanner

— Extensia continuă, prin benzi adezive (fig. 74), se poate folosi doar în cazuri cu totul excepționale, cînd condițiile de sterilizare sau lipsă de aparatură nu permit aplicarea broșelor transscheletice.

În continuare prezentăm diferite modalități de extensie continuă: pentru fracturile de humerus (fig. 75), pentru fracturile membrului superior în totalitate (fig. 76), pentru fracturile femurului și gambei (fig. 77 și 78). Figura 79, înfățișează un aparat foarte util (Prof. dr. D. Berceanu)

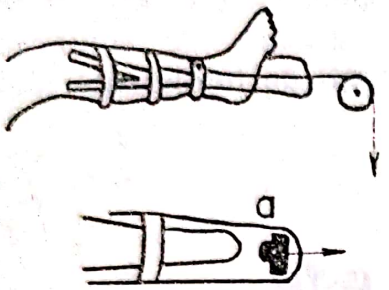


Fig. 74. Extensie continuă prin benzi adesive.

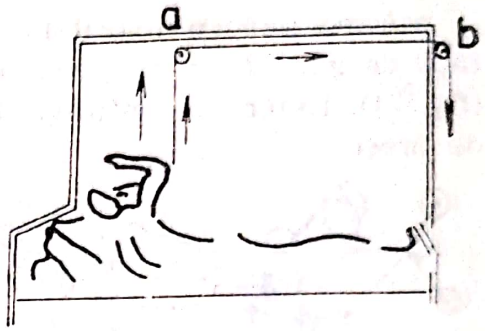


Fig. 75. Extensie continuă pentru fracturile humerusului.

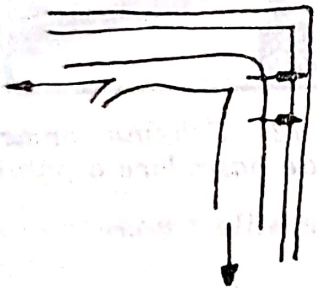


Fig. 76. Cadru de extensie continuă pentru fracturile oaselor membrului superior.

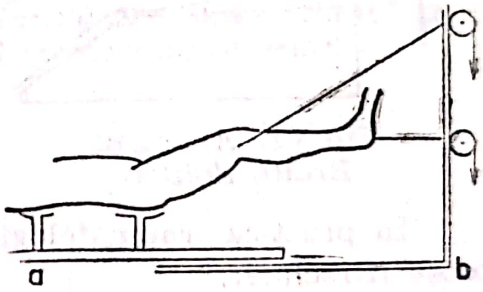


Fig. 77. Complex de extensie continuă pentru fracturile oaselor membrului inferior.

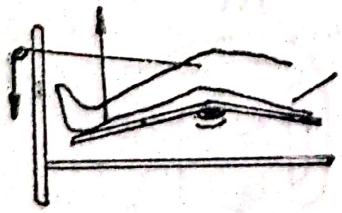


Fig. 78. Complex de extensie continuă pentru fracturile oaselor membrului inferior.

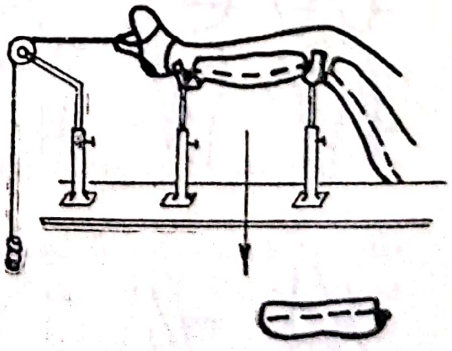


Fig. 79. Aparat Prof. dr. D. Berceanu.

Scanned with OKEN Scanner

folosit în tratamentul fracturilor deschise ale oaselor gambei ce necesită control sistematic a plăgii.

Tratament chirurgical

Prin metode chirurgicale de tratament se urmărește refacerea raportului util dintre capetele osoase fracturale (reducerea chirurgicală) și fixarea acestora fie prin simplă angrenare, fie prin mijloace chirurgicale de contenție (osteosinteza).

Avînd în vedere avantajele metodei, dar și dezavantajele ei, credem că osteosinteza trebuie concepută ca un „act de necesitate, atunci cînd tratamentul ortopedic s-a arătat insuficient sau ineficace".

Cu toate că, datorită utilizării unor materiale superioare (oțeluri V_4A, micral D, substanțe sintetice etc.), reacțiile tisulare față de mijloacele chirurgicale de contenție au diminuat foarte mult, totuși sînt cazuri, încă, în care procesele electrolitice de contact determină perturbări în maturarea calusului.

Indiferent de concepțiile diferiților autori, osteosinteza are următoarele indicații absolute (fig. 80) : dehiscențe largi ale anumitor epifize, fracturile rotulei (1), dislocări de lateralitate cu răsturnarea fragmentelor (2), interpoziții de vase și nervi (3), fracturi de col femural cu deplasare (4).

Sînt mai multe posibilități de fixare chirurgicală a fragmentelor fracturale, pe care le schițăm în schemele ce urmează :

Fig. 81 ilustrează tehnica îndințării osoase.

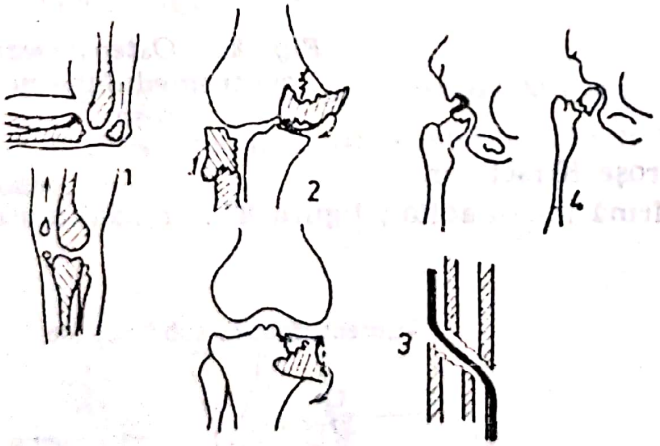


Fig. 80. Schema indicațiilor absolute de osteosinteză.

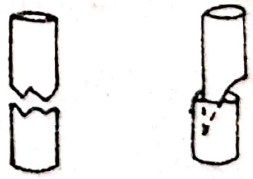


Fig. 81. Reducerea chirurgicală prin îndințare.

Fig. 82 prezintă diferite fixatoare externe.

Fig. 83 înfățișează tehnica osteosintezei centromedulare, iar fig. 84 cele două modalități de introducere a tijei Küntscher (osteosinteză centrocentrală).

Scanned with OKEN Scanner

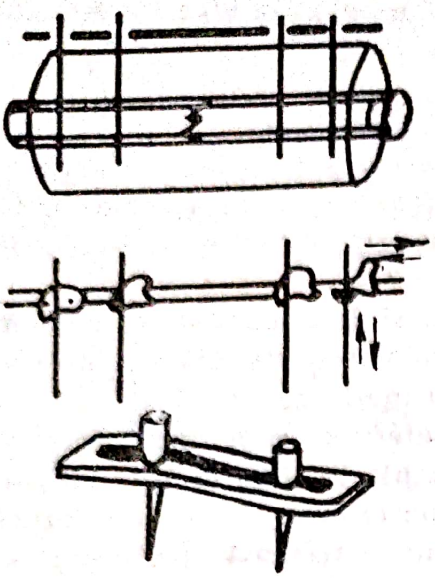


Fig. 82. Fixatoare externe.

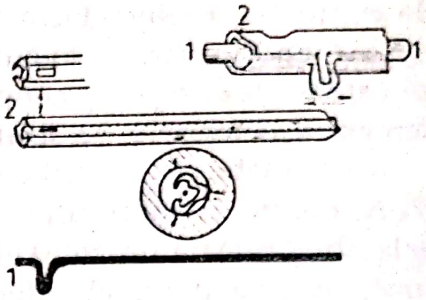


Fig. 83. Tija Küntscher.

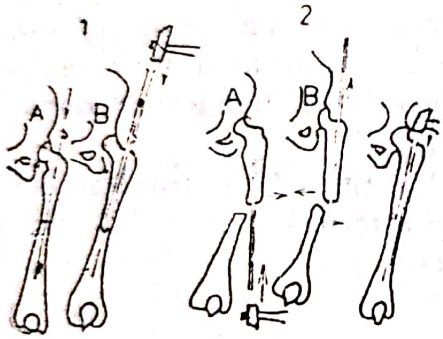


Fig. 84. Tehnica osteosintezei centromedulare cu tije.

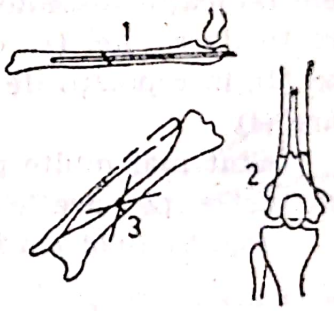


Fig. 85. Osteosinteze centromedulare cu broșe.

Fig. 85 : osteosinteze cu broșe Kirschner.

Fig. 86 : osteosinteze cu sîrmă inoxidabilă ; figura 87 : modalitatea de răsucire a sîrmei.

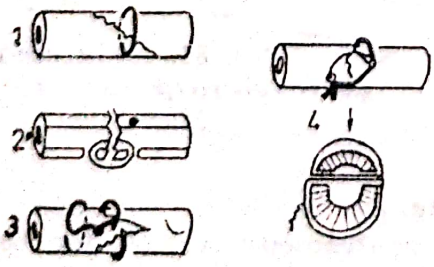


Fig. 86. Osteosinteza cu buclă de sîrmă inoxidabilă.

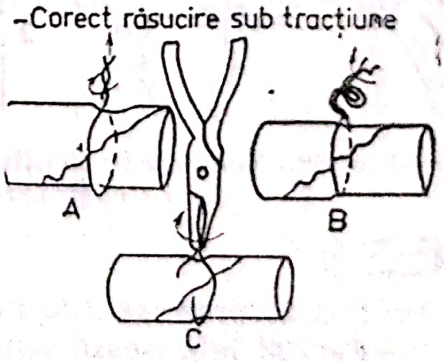


Fig. 87. Modalitatea de fixare a buclei de sîrmă.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 88 : osteosinteze cu agrafe.

Fig. 89 : osteosinteze prin cui metalic.

Fig. 90 şi 91 : osteosinteze în diastaze.

Fig. 92 : plăci de osteosinteze cu şuruburi.

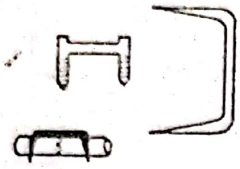


Fig. 88. Scoabe de osteosinteze.

Fig. 89. Cuie de osteosinteze.

Fig. 90. Osteosinteze cu şuruburi, cu două capete.

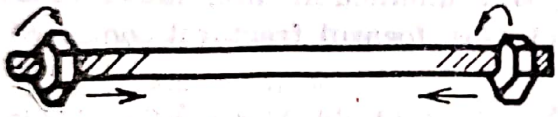


Fig. 91. Şurub de osteosinteză cu două capete.

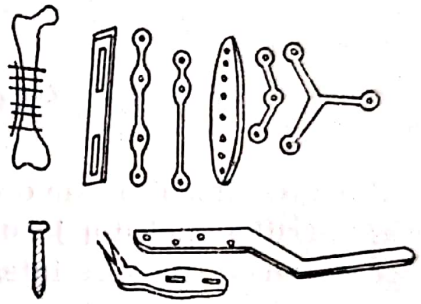


Fig. 92. Plăci de ostensinteză.

Fig. 93 : tehnica osteosintezei Müller.

Fig. 94 : tehnica osteosintezei colu'ui femural utilizînd cui cu aripioare.

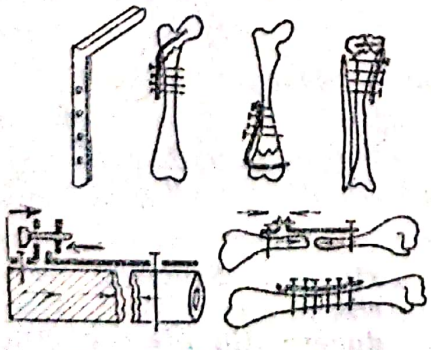


Fig. 93. Osteosinteza Müller.

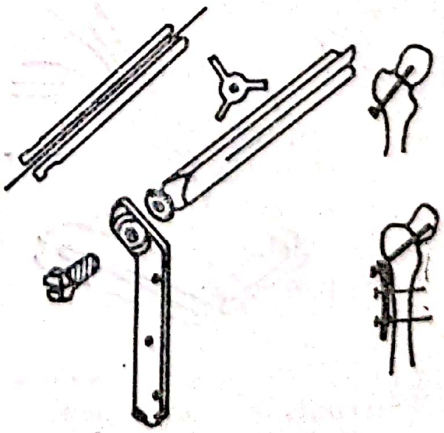


Fig. 94. Tehnica osteosintezei colului femural.

Fig. 95—96 : modalităţile aplicării grefoanelor.

Fig. 97 : cadru Böhler pentru tratamentul fracturilor membrului inferior.

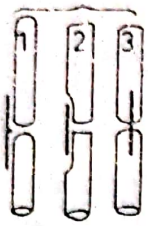


Fig. 95. Tehnica aplicării grefoanelor osoase.

Fig. 96. Tehnica aplicării grefoanelor osoase.

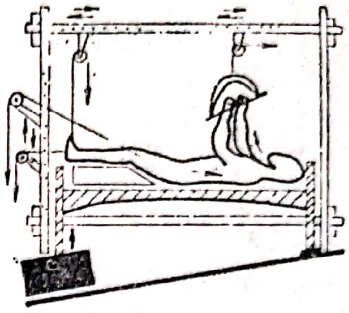


Fig. 97. Cadru ortopedic Böhler.

8. FRACTURI DESCHISE

Fractura deschisă este o situaţie posttraumatică în care, datorită distrugerii părţilor moi din jurul planului osos, focarul fractural comunică fie spre exterior, fie spre interior.

Deschiderea focarului de fractură se face de obicei odată cu producerea discontinuităţii osoase, dar sînt cazuri în care un capăt fractural perforează părţile moi, în al doilea timp. Uneori aceasta se datorează manevrelor incorecte de prim ajutor sau transport (culpabilitate juridică).

Focarele de fracturi pot să se deschidă fie din interior spre exterior (fig. 98), fie din afară spre interior (fig. 99).

O fractură deschisă este un caz de extremă urgenţă.

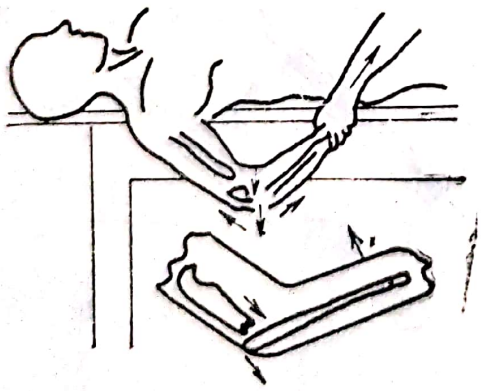


Fig. 98. Fracturi deschise : mecanism de producere dinăuntru-în afară.

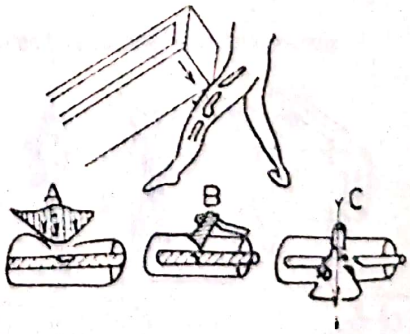


Fig. 99. Fracturi deschise : mecanism de producere din afară-înăuntru.

Scanned with OKEN Scanner

Primul ajutor la locul accidentului

În această fază a acțiunii medicale se realizează : investigația focarului fractural, toaleta plăgii, pansamentul de urgență, imobilizarea de urgență, transportul rapid și adecvat după ce s-au luat măsurile de profilaxie a infecției. Bineînțeles că, în primul plan apare obligativitatea (după cum am amintit deja) combaterii complicațiilor posttraumatice care amenință viața traumatizatului (sincopa, embolii, hemoragii masive).

Între măsurile de pregătire a traumatizatului pentru transport intră, ca un document de primă importanță atît medicală, cît și juridică, întocmirea *fișei de însoțire* a bolnavului, care cuprinde ca date minime : identitatea bolnavului, momentul accidentului (ziua, ora și minutul producerii accidentului), felul accidentului, diagnosticul de urgență, precizarea calității celui care a acordat primul ajutor, în ce a constat primul ajutor, leziuni asociate ale vaselor și nervilor regionali, modul cum a fost pregătit bolnavul pentru transport, cine însoțește bolnavul, cine a luat legătura telefonică și cu ce serviciu chirurgical (staționarul unde se propune internarea traumatizatului).

După această scurtă trecere în revistă a unor considerații generale, referitoare la asistența traumatologică de urgență la locul accidentului, iată și cîteva considerații practice, de ordin regional.

În scopul precizării diagnosticului de urgență, prin metoda inspecției, se va analiza aspectul plăgii și conținutul plăgii, ca și natura impurităților găsite în plagă. Explorarea instrumentară a plăgii (la locul accidentului) constituie o manevră condamnabilă, deoarece prin instrumentul utilizat se poate introduce germeni microbieni din afară înăuntru. Se vor investiga leziunile nervilor și vaselor regionale.

Toaleta fizică și chimică a plăgii se realizează prin ștergerea plăgii cu soluție cu eter iodat sau neofalină iodată 0,5‰. Soluțiile antiseptice apoase sînt insuficiente (nu degresează). Condamnăm utilizarea spălării plăgii cu apă oxigenată (soluția alterează țesuturile sănătoase). Face excepție de la această regulă, situația cînd țesuturile din plagă sînt impregnate cu pămînt, iar apa oxigenată, prin proprietatea sa de efervescență, poate să disloce unele din aceste mici impurități. Ca principiu de bază, azi nu se mai folosesc antibioticele în aplicare locală.

Toaleta chirurgicală la locul accidentului trebuie concepută ca „un act chirurgical provizoriu".

Pansamentul completează primele măsuri de urgență, după ce s-au asigurat condițiile de hemostază, care constau, pentru majoritatea cazurilor, în pansamente compresive.

Garoul este periculos în mîna oricui, mai ales că cele mai multe garouri se aplică în mod inutil. Garoul se va aplica în condiții bine stabilite, căci altfel devine o metodă ineficace sau chiar nocivă.

Scanned with OKEN Scanner

Antibioterapie completată de ser antitetanic, antigangrenos (cînd este cazul).

Tratamentul definitiv

Acțiunea terapeutică, la care ne referim, se execută într-o secție de chirurgie generală și, dacă sînt condiții de transport rapide, într-un spital de traumatologie.

Primele măsuri terapeutice în staționar constau în perfectarea reanimării bolnavului, finisarea măsurilor terapeutice locale, începute deja la locul accidentului, și continuarea combaterii infecției.

În principiu, o plagă fracturală poate fi rezolvată sub protecția antibioterapiei, prin închidere *per-primam* sau închidere *per-secundam*.

a) **Metoda închiderii „per-primam"** este indicată în fracturile deschise cu vitalitate și tensiune acceptabilă a tegumentelor și părților moi din jurul focarului de fractură, dacă traumatizatul s-a prezentat la spital în primele 12 ore de la accident și dacă plaga fracturală nu a fost impregnată masiv cu impurități.

Merită a fi prezentate, în mod special, *plăgile osoase punctiforme*, deoarece sub acest orificiu minim se pot ascunde mari distrugeri tisulare subiacente sau chiar corpi străini inclavați în profunzime. Acesta este motivul pentru care orice plagă fracturală punctiformă trebuie explorată prin incizii largi și excizii meticuloase.

Figura 100 ilustrează gravitatea leziunilor profunde mascate de orificii minore, leziuni care pot, în multe cazuri, să se întindă chiar pînă în partea opusă planului osos.

În privința exciziilor țesuturilor distruse, se va ține seama de următoarele reguli generale : se tratează cu maximum de economie tegumentele și oasele și cu mai puțină economie musculatura ; se vor înlătura por-

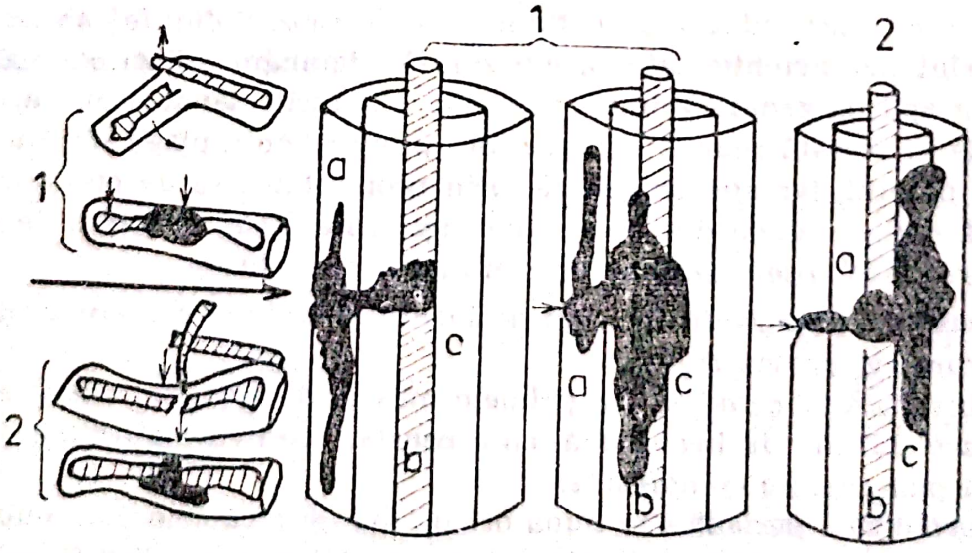


Fig. 100. Fracturi deschise punctiform : grade de întindere a leziunilor posttraumatice profunde.

Scanned with OKEN Scanner

țiunile de aponevroze profunde zdrobite sau sfacelate ; se vor înlătura cheagurile ; se vor deschide lojile aponevrotice profunde pentru prevenirea edemului postoperator ; se va asigura, la închidere, tensiunea tegumentară adecvată ; se vor evita eschilectomiile largi etc.

În ceea ce privește leziunile nervilor, noi sîntem de părerea autorilor care suturează cordoanele neurale imediat, dacă planul de secțiune este regulat (produs din corpi tăioși). Numai în cazuri de zdrobiri tisulare a acestor cordoane și a părților moi din jur se indică sutura neurală secundară **sau tardivă.**

Rezolvarea *leziunilor osoase*, în cazul fracturilor stabile, este de preferat prin simpla angrenare a capetelor osoase și imobilizarea ghipsată, cu fereastră, pentru control și pansamente ulterioare.

În fracturile deschise instabile, adică acelea în care capetele fracturale nu-și mențin contractul dorit, se procedează la fixarea chirurgicală (osteosinteza) a capetelor osoase, prin unul din mijloacele de contenție chirurgicală cunoscute (tije, plăci, șuruburi etc.).

Un principiu important este și acela că, *dacă* un focar de fractură deschisă *supurează* în zilele următoare, acesta trebuie deschis cît mai larg, pentru drenaj eficace. Deschiderile limitate prin înlăturarea doar a 1 sau 2 fire de sutură sînt insuficiente.

Închiderea primară a focarelor fracturale favorizează evoluția bună a plăgii și maturarea calusului.

În figura 101 se schițează modalitatea executării unor incizii de degajare (lungi întotdeauna), care permit acoperirea plăgii primare prin translația tegumentelor spre plagă, în scopul acoperirii ei.

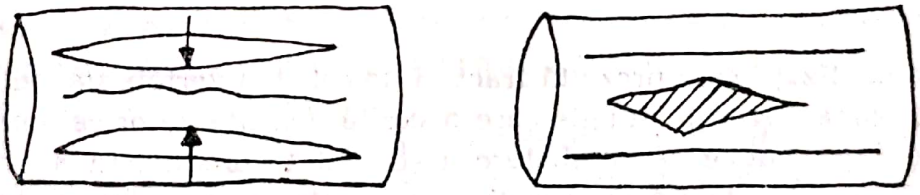


Fig. 101. Modalități de acoperire directă a focarului de fractură deschisă.

b) **Închiderea „per-secundam"** a focarului de fractură are indicație, după cum am amintit, în fracturile deschise cu distrugeri masive focale și perifocale, și impregnări tisulare apreciabile cu impurități (pămînt).

Gérald-Marchand propune o metodă intermediară : „sutura primară întîrziată", la 4—6 zile de la producerea fracturii, dacă traumatizatul se prezintă la spital mai tîrziu de 12 ore de la accident, și chiar sub acest termen limită, dacă sînt dubii în ceea ce privește viabilitatea părților moi de acoperire. Într-adevăr, „în materie de fracturi deschise, ne reproșăm adesea de a fi fost prea îndrăzneți, dar niciodată de a fi prea prudenți".

Scanned with OKEN Scanner

Acoperirea secundară a focarului de fractură se poate asigura (cînd condiţiile permit) fie în mod direct prin apropierea buzelor plăgii, fie utilizînd grefe cutanate libere sau pediculate.

c) Indiferent de felul închiderii focarului de fractură, unele fracturi deschise asociate cu distrugeri întinse ale părţilor moi beneficiază de tratament, în continuare, prin metoda **extensiei continui** ce permite pansamente cît mai largi în timpul imobilizării.

d) Încheiem capitolul fracturilor deschise enumerînd **îngrijirile postoperatorii** a acestor leziuni :

— continuarea acţiunilor de prevenire a infecţiei : antibiotice cu spectru larg, apoi după indicaţiile antibiogramei ;

— control sistematic postoperator al plăgii ;

— prevenirea complicaţiilor trombo-embolice ;

— supravegherea atentă a plăgilor cu scalpări tegumentare întinse ce eventual pot devitaliza ;

— insistăm asupra obligativităţii, atît medicale cît şi juridice, a medicului, de a verifica, dacă s-au luat măsurile de prevenire a infecţiei tetanice şi a gangrenei gazoase (unde este cazul) ;

— reamintim că, toaleta chirurgicală largă şi minuţioasă constituie cea mai adecvată acţiune de prevenire a complicaţiilor infecţioase de orice fel.

9. FRACTURILE COLOANEI VERTEBRALE

Traumatizaţii care prezintă fracturi de coloană vertebrală sînt, în general, şi bolnavi şocaţi, situaţie care necesită, înainte de orice, instituirea măsurilor terapeutice de combatere a şocului traumatic. În acest scop enumerăm o serie de măsuri practice care trebuie respectate la locul accidentului : evitarea mişcărilor inutile a bolnavului şi mai ales evitarea gravei erori (cum obişnuiesc unii antrenori sportivi) de a încerca ridicarea traumatizatului. Poziţia de examinare a bolnavului este cea în decubit dorsal. Îmbrăcămintea bolnavului va fi scoasă nu prin dezbrăcare, ci prin tăiere cu foarfeca, la nivelul cusăturilor.

Din punct de vedere **simptomatologic**, la locul accidentului se pot pune în evidenţă o serie de semne clinice determinate de felul şi gradul leziunilor vertebrale :

— În fracturi parţiale a vertebrelor se remarcă : durere locală la palpare (apofiză spinoasă, apofiză transversă), contractura şi rigiditatea grupurilor de muşchi din zona segmentului fracturat, tumefacţia locală,

Scanned with OKEN Scanner

echimoza locală, crepitații osoase la palpare (fractura apofizelor cu deplasare).

— În fracturile totale de corpi vertebrali, fără leziuni medulare : apofiză spinoasă dureroasă la palpare (cu semne de reacție superficială minime), distanțarea a două apofize spinoase datorită alunecării anterioare a vertebrei supraiacente, proeminarea apofizei spinoase a vertebrei fracturate cu cifoză unghiulară la acest nivel, datorită înclinării anterioare a axului spinal, contractura mușchilor paravertebrali posteriori care „imobilizează" astfel, ca niște adevărate „atele biologice", segmentul vertebral traumatizat.

În regiunea cervicală se mai adaugă cîteva semne specifice : poziția de torticolis (în fracturile de atlas), capul traumatizatului aflat în poziție de flexie este susținut de mîinile bolnavului, disfagii în cazuri de hematoame masive sau luxații vertebrale accentuate etc.

— Fracturile de corpi vertebrali cu secțiune totală a măduvei se caracterizează prin : dispariția sensibilității și motricității în etajele anatomice subiacente zonei fracturale, tulburări sfincteriene, ca retenția de urină și incontinență de fecale, abolirea reflexelor osteotendinoase. Dacă sediul leziunii este situat la nivelul măduvei cervicale superioare, pot apărea tulburări cardiace și respiratorii.

— În fracturi de corpi vertebrali cu leziuni parțiale de măduvă se remarcă dispariția motricității (dacă sînt lezate cordoanele anterioare). Secțiunea cordoanelor spinale posterioare explică dispariția sensibilității în regiunile anatomice subiacente. Leziunile cordoanelor spinale laterale ies în relief prin sindromul Brow-Séquard.

— Leziunile de corpi vertebrali cu semne clinice reduse pot fi suspicionate, mai ales la locul accidentului, dacă se constată la palpare o apofiză spinoasă dureroasă, în timp ce semnele locale sînt absente, iar din interogator reiese că agentul traumatic a acționat de la distanță (căderea în picioare de la înălțime).

Sînt și situații de traumatisme vertebrale, cu tulburări neurale (iritative sau compresive), în care fenomenele neurale sînt cauzate de prezența unor hematoame masive.

Primul ajutor poate fi schematizat în următorii timpi : scoaterea din șoc, imobilizarea traumatizatului pe o targă tare în poziție de decubit dorsal, transport adecvat.

Dacă nu avem la îndemînă un plan tare (targă, scîndură lată, ușă etc.), este preferabil ca traumatizatul să fie lăsat pe loc, chiar mai mult timp, pînă cînd se va aduce unul din apropiere. Acestea sînt cazurile de accidente ce se petrec în munți, la depărtare de cabane sau locuințe.

Transportul pe pătură asigură o insuficientă imobilizare a focarului de fractură, riscînd astfel transformarea, în timpul transportului, a unei leziuni osoase pure, într-una complicată, din neglijența celui care acordă

Scanned with OKEN Scanner

primul ajutor, cum ar fi secțiuni totale sau parțiale de măduvă (prin forfecare).

Bineînțeles că, în acest interval de așteptare, adică pînă reușim să ne asigurăm planul tare, bolnavul va fi menajat, creîndu-se condiții optime contra intemperiilor.

Transportul pe pătură este admis, deci, doar în situații cu totul speciale, cum ar fi necesitățile urgente de evacuare și nu se găsește la îndemînă targă tare (război, cataclisme etc.). Bolnavul va fi așezat pe pătură, culcat cu fața în jos, situație care asigură hiperextensia trunchiului, și cu capul rotit puțin lateral, pentru ușurarea respirației (fig. 102).

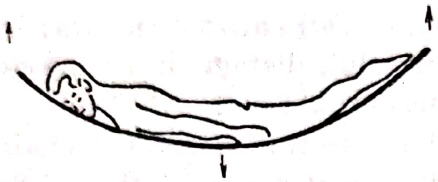


Fig. 102. Tehnica imobilizării fracturilor de coloană vertebrală, pe o pătură.

Figura 103 reprezintă un traumatizat de coloană vertebrală fixat corect pe **targă tare.**

Fig. 103. Imobilizarea fracturilor de coloană vertebrală pe un plan „tare" (targă).

Principalul timp a primului ajutor este așezarea traumatizatului pe targă.

Așezarea traumatizatului pe targă în fracturile dorso-lombare

Această acțiune presupune următorii timpi :

— *timpul 1 :* medicul, cu două ajutoare, se așază de aceeași parte a traumatizatului. Targa se află chiar lîngă traumatizat, în partea opusă (fig. 104) ;

— *timpul 2 :* medicul și ajutoarele sale îngenunchează (pe un singur genunchi) cît mai aproape de traumatizat ;

— *timpul 3 :* introducerea, cu mare grijă, a mîinilor celor 3 persoane, sub traumatizat, prin mișcări de translație ;

— *timpul 4 :* ridicarea traumatizatului (la un semn) de la sol, ajutoarele fiind instruite să păstreze mereu același nivel a trunchiului și a membrelor traumatizatului (fig. 105).

Punctele de ridicare : membrele inferioare, bazinul, toracele și capul. Medicul se așază în dreptul punctului ce corespunde leziunii.

— *timpul 5 :* traumatizatul fiind ridicat, un alt ajutor introduce targa sub el (fig. 106).

Scanned with OKEN Scanner

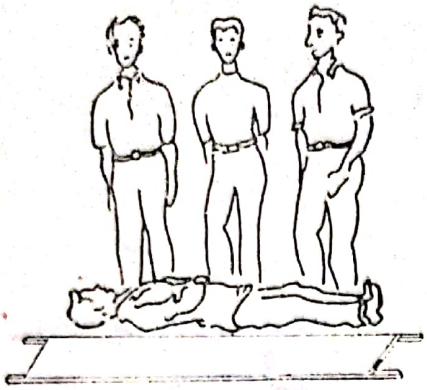


Fig. 104. Ridicarea bolnavului de pe sol pe targă; poziția cadrelor sanitare față de bolnav

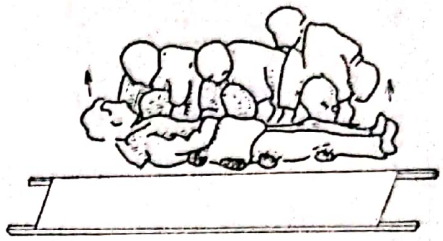


Fig. 105. Modalitatea de ridicare, la același nivel, a bolnavului traumatizat de pe sol.

— *timpul 6 :* așezarea traumatizatului pe targă prin coborîre lentă, cu aceleași precauții.

Odată bolnavul așezat în decubit dorsal pe targă tare, se procedează la imobilizarea lui pentru transport și la definitivarea situației sale pe targă : sub regiunea lezată se așază o perniță de grosime potrivită. La nevoie pernița poate fi înlocuită cu un mic sul făcut dintr-un prosop.

Traumatizatul va fi sondat vezical înaintea transportului, dată fiind instalarea reflexului de retenție urinară.

Cazurile de fracturi a coloanei cervicale se rezolvă, în ce privește așezarea traumatizatului pe targă, în aceleași condiții ca și cele de fracturi vertebrale toracale și lombare, adăugîndu-se o manevră în plus : hiperextensia și tracțiunea continuă a capului traumatizatului de către un alt ajutor, care are o mînă fixată pe menton iar alta pe ceafa traumatizatului.

Acest ajutor va urma ridicarea și coborîrea capului, la același nivel cu cea a trunchiului (fig. 107).

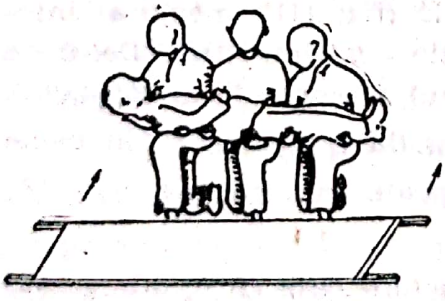


Fig. 106. Modalitatea de impingere a tărgii sub bolnavul ridicat.

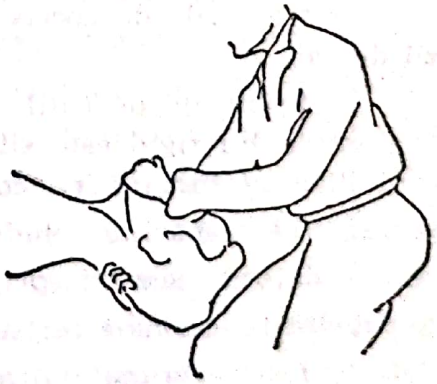


Fig. 107. Tehnica manevrării segmentului cefalic în fracturile de coloană vertebrală.

Scanned with OKEN Scanner

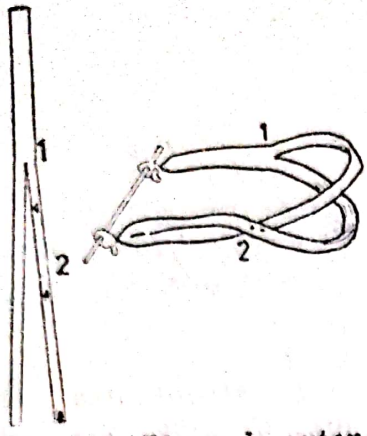


Fig. 108. Pînza de extensie și fixare pentru extremitatea cefalică.

Fig. 109. Modalitatea de fixare la targă a pînzei de extensie.

Apoi, cu ajutorul unei „praștii" de pînză, se fixează mijlocul de extensie cefalică la capătul tărgii.

Figura 108 arată forma și confecționarea praștiei de pînză.

Figura 109 arată modul de fixare a capului traumatizatului la targă.

10. FRACTURILE BAZINULUI

Fracturile parțiale se evidențiază prin semne locale (fracturi de creastă iliacă, fracturi de aripă iliacă, fracturi de ischion — fig. 110) : durere la palpare, tumefacție locală, echimoză locală și hematom, uneori crepitații și mobilitate anormală a fragmentului fractural.

În fracturile de coccis durerile iradiază pe ultimele ramuri ale cozii de cal.

În fracturile de cotil cu luxație centrală (fig. 111), membrul inferior cu șoldul rigid este situat într-o poziție caracteristică. Deoarece osul iliac se sprijină pe colul femural (capul femural fiind înfundat), se remarcă dispariția reliefului trochanterian (la inspecție) și, în unele cazuri, datorită acestui sprijin, regiunea se poate găsi într-o situație de impotență funcțională relativă.

În fracturile inelului pelvian **(fracturi totale)**, (fig. 112), întreg osul iliac, sub acțiunea mușchilor peretelui abdominal, este tras proximal (a) și rotat extern (b) și astfel membrul inferior în totalitate ascensionat (falsă scurtare) cade cu talpa rotată extern, pe planul de susținere al

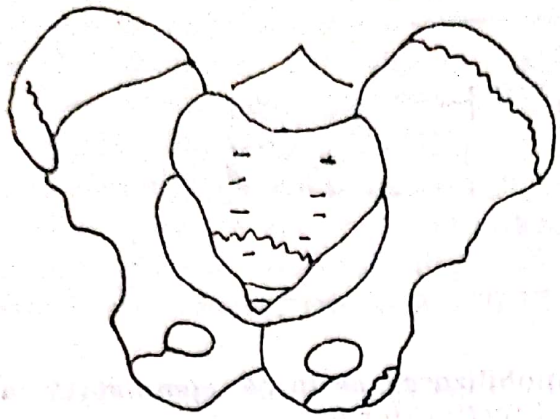


Fig. 110. Traiecte de fracturi parțiale a bazinului.

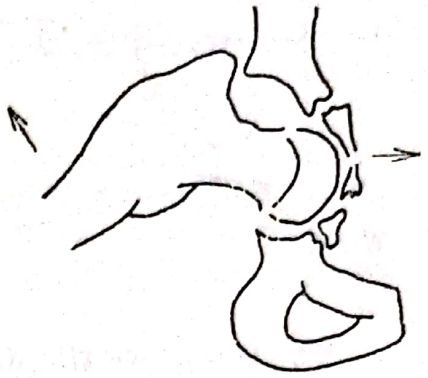


Fig. 111. Fractură — luxație centrală a șoldului.

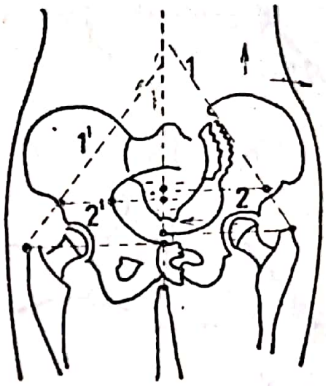


Fig. 112. Măsurători ortopedice în aprecierea fracturilor de bazin.

patului. Linia lui Roser-Nélaton (măsurătoare ortopedică prin care se înțelege linia dreaptă, imaginară, ce unește, în cazuri de raporturi normale, spina iliacă anterioară superioară, vîrful trochanterului și tuberozitatea ischiatică) rămîne nemodificată.

În fracturile totale de bazin, capetele osoase fracturale pot leza viscerele regionale (uretră, vezică urinară, organe genitale, rect).

În această situație, complicațiile viscerale trebuie notificate pe biletul de trimitere a bolnavului. Rupturile de uretră sînt cele mai ușor depistabile (prezența de sînge la nivelul meatului urinar).

În ceea ce privește **tratamentul de urgență,** acțiunea începe cu scoaterea bolnavului din șoc, concomitent cu imobilizarea sa (obligator) pe o targă tare. În cazuri de luxații centrale, membrul se lasă (pe targă) în poziția de abducție determinată de epifiza luxată. Dacă sînt deviații mari a osului iliac ascensionat, se poate asigura, în timpul transportului mai îndelungat, o acțiune de extensie, folosind eșarfe așezate la diferite nivele (fig. 113).

Scanned with OKEN Scanner

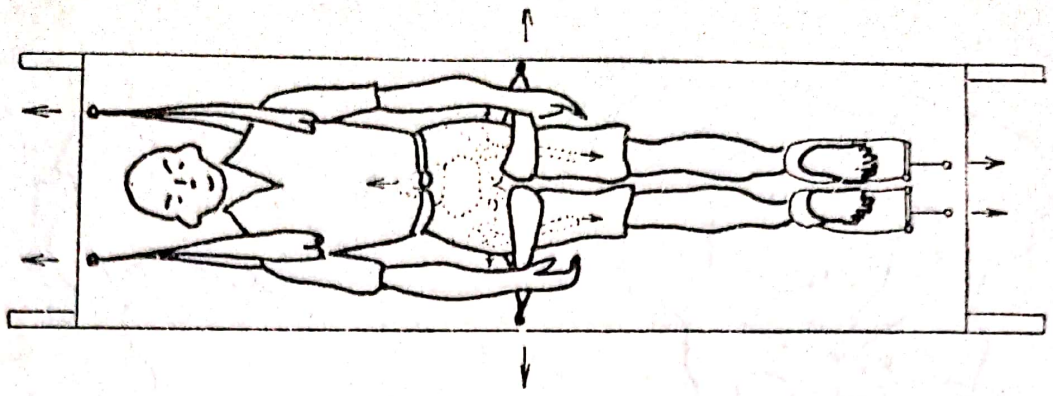


Fig. 113. Fracturile de bazin: imobilizarea pe targă, completată cu extensii în direcții diferite.

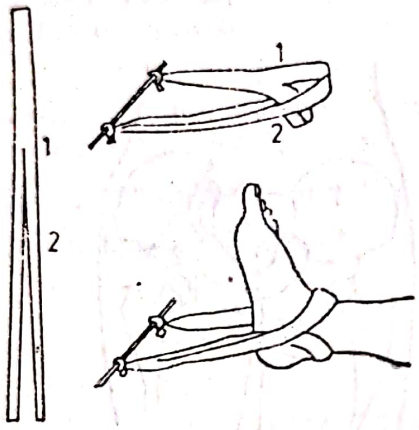


Fig. 114. Pînza de extensie pentru picior.

Figura 114 înfățișează modalitatea de confecționare a sistemului de extensie ce se aplică la nivelul tălpii, în vederea asigurării tracțiunii.

11. FRACTURILE STERNULUI ȘI COASTELOR

Fracturile sternului se caracterizează, clinic, prin dureri locale la palpare, dureri în zona sternală la manevrele de compresiune latero-toracală, constatarea (la palpare) deformărilor datorate deplasării fragmentelor osoase. Înfundările sternale (deplasări osoase grave) pot provoca tulburări cardiorespiratorii și hemoragii intratoracale.

O fractură sternală fără deplasare se imobilizează cu un simplu bandaj toracal. Figura 117 arată modalitatea de imobilizare a fracturilor sternale cu deplasări mai mari.

Scanned with OKEN Scanner

Figurile 115 și 116 ilustrează modalitățile de așezare a bolnavului pe targă în tulburări grave cardiorespiratorii. Nu se va susține ridicat toracele folosind diferite „perini", ci numai cu planuri tari de scîndură, sub care se așază aceste perini sau suluri.

Semne clinice în fracturile costale : durere locală la palpare directă, punct dureros în același loc la manevre de la distanță, cum ar fi presiunea în direcție sterno-vertebrală, crepitații în unele deplasări fragmentare, tulburări respiratorii de diferite grade în fracturile mai multor coaste cu înfundare, emfizem subcutanat în leziuni pleuro-pulmonare asociate.

Tratamentul de urgență constă în infiltrarea cu Xilină 1% a focarului fractural (atenție la leziuni pleurale) și imobilizarea cu bandaje circumtoracice, care să nu fie însă prea strînse. Transportul traumatizatului la spital se face cu mijloacele obișnuite, dar în cazuri deosebite bolnavul va fi transportat în condițiile amintite la fracturile de stern (fig. 117).

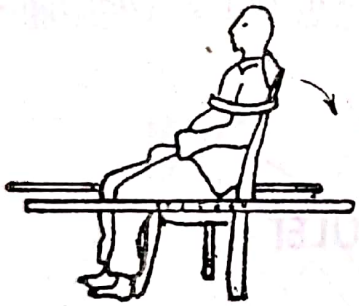


Fig. 115. Fracturi de stern : modalitate de imobilizare pe scaun înclinat în fracturi de stern cu tulburări cardio-respiratorii.

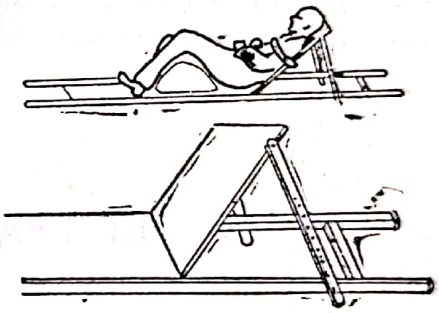


Fig. 116. Fracturi de stern : tehnica imobilizării, pe targă, în fracturi de stern cu tulburări cardio-respiratorii.

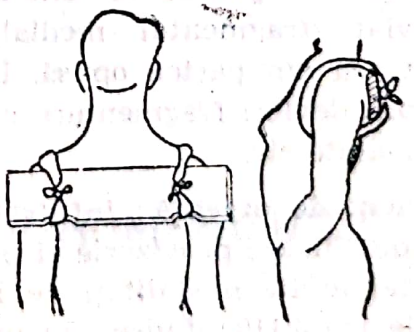


Fig. 117. Tehnica imobilizării umerilor, cu o atelă de scîndură în leziunile toracale superioare (posterior).

Fracturile costale, cu înfundări apreciabile de perete toracal, pun probleme de resuscitare cardiorespiratorie imediată și continuitată în tot timpul transportului.

Scanned with OKEN Scanner

12. FRACTURILE OMOPLATULUI

Semne clinice : durere la palpare în regiunea scapulară, la mișcarea de ridicare a brațului, tumefacția regiunii scapulare datorată de obicei hematomului masiv din bogata rețea periscapulară, impotență funcțională a umărului corespunzător focarului fractural.

În fracturile unghiurilor omoplatului, leziunile pot fi depistate clinic prin palpare, iar în fracturile grave ale unghiului articular (cavitatea glenoidă) acest fragment liber, tras medial împreună cu capul humeral, deformează forma umărului, care ia aspectul de „umăr în epolet" caracteristic și luxațiilor regionale (în luxații, umărul este însă rigid).

În fracturile acromeonului se obțin date clinice valoroase prin explorare palpatorică (osul e acoperit de puține părți moi).

Tratamentul de urgență presupune imobilizarea membrului superior în cîrpă dreptunghiulară, bandaj toraco-brahial, aparate de abducție din atele Cramer, cu sau fără extensie la nivelul cotului (vezi figurile anterioare corespunzătoare).

13. FRACTURILE CLAVICULEI

Semiologie clinică :

— În fracturi fără deplasare : hematom și echimoze locale, punct dureros la palpare în focar, durere în focar la manevre moderate pe extremitatea laterală a claviculei, impotență funcțională relativă.

— În fracturile cu deplasare, bolnavul se prezintă la medic susținîndu-și cotul în „atitudine umilă". La palpare se percepe fragmentul deviat (fragmentul medial). Clavicula fracturată este mai scurtă decît cea din partea opusă. În aceste leziuni fracturale se pot întîlni, uneori, devieri fragmentare marcante, leziuni a vaselor și nervilor din vecinătate etc.

Tratament de urgență : infiltrația focarului de fractură cu Novocaină 1%, imobilizare provizorie și pregătirea pentru transport la spital.

Sînt mai multe modalități de imobilizare provizorie :

Figurile 118 și 119 înfățișează tehnica imobilizării focarelor de fractură a claviculei cu inele inextensibile, iar figura 120 schițează modul de confecționare a unui inel inextensibil, dintr-un colac de vată întărit cu circulare de pînză și consolidat cu spirale de fașă. Figura 121 : imobi-

Scanned with OKEN Scanner

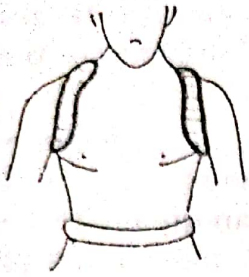


Fig. 118. Fractura claviculei: imobilizare cu inele inextensibile.

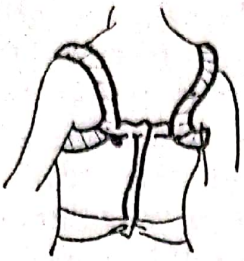


Fig. 119. Fracturile de claviculă: imobilizare cu inele inextensibile.

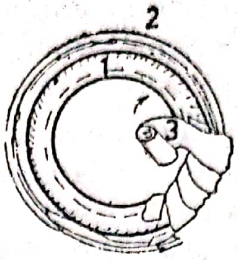


Fig. 120. Fracturile de claviculă: inel „inextensibil" de imobilizare.

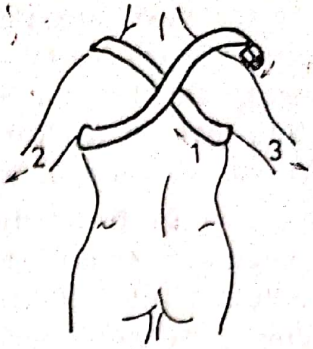


Fig. 121. Fracturile de claviculă: imobilizare în „8".

lizări „de necesitate" cu circulare de faţă trase în „8" la spate; figura 122: imobilizări cu o cameră de bicicletă dimensionată prin buclă deasupra umărului. Figura 123: modalitatea de imobilizare a fracturilor de claviculă la copii, membrul superior fiind fixat la spate.

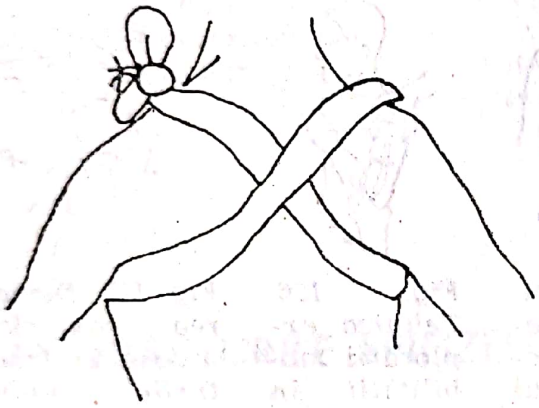


Fig. 122. Fracturi de claviculă: imobilizare cu o cameră de bicicletă.

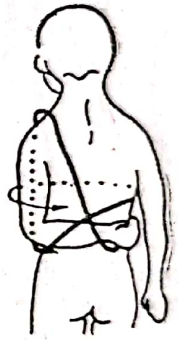


Fig. 123. Fracturi de claviculă: imobilizarea copiilor mici.

14. FRACTURILE HUMERUSULUI

Fracturile extremităţii proximale (fracturile capului humeral şi ale colului humeral):

— În fracturile capului humeral şi cele ale colului anatomic se remarcă, la inspecţie, mărirea în volum a regiunii fără deformare ca-

Scanned with OKEN Scanner

racteristică, situaţie explicabilă de prezenţa edemului şi hemartrozei. Se mai adaugă, ca semne clinice : dureri mari la mişcările umărului, impotenţa funcţională a umărului, dureri la palparea prin axilă a capului humeral. În fracturi de deplasări în focar, fragmentul diafizar este tras în sus şi poate fi, uneori, perceptibil la palpare (fig. 124).

— În fracturile colului chirurgical a humerusului, la inspecţie se remarcă : echimoze cu sediu caracteristic (fig. 125), punct dureros la palpare sub tuberozitatea humerală mare, mobilitate anormală în regiunea subtuberozitară (fig. 126). Figura 127 reprezintă modalitatea de deviere a fragmentului fractural proximal şi distal, ceea ce determină apariţia unei depresiuni în regiunea situată la cîteva degete sub acromeon, uneori evidenţiabilă chiar la inspecţie. În toate cazurile, medicul care acordă primul ajutor este obligat să exploreze şi să noteze pe fişa bolnavului eventualele leziuni neurale şi vasculare.

Fig. 124. Devierea capetelor fracturale în fracturile colului anatomic a humerusului.

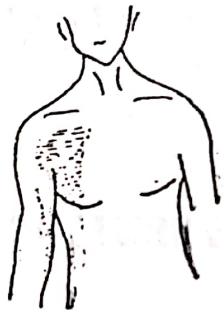


Fig. 125. Echimoză caracteristică în fracturile colului chirurgical humeral.

Fig. 126. Tehnica explorării mobilităţii în focarul fractural.

Fig. 127. Devierea capetelor osoase în fracturile colului chirurgical humeral.

Fracturile diafizei humerale. Semne clinice : impotenţa funcţională totală a braţului, mobilitate anormală la nivelul diafizei, deviaţia axului membrului, scurtarea braţului în lungime. Nu se va neglija punerea în evidenţă, din primul moment, a eventualelor paralizii (a nervului radial).

Imobilizări de urgenţă în fracturile humerusului. Imobilizarea clasică folosind atele Cramer sau atele ghipsate este înfăţişată în figura 128. Modalitatea de imobilizare în cazuri de compresiuni marcante este ilustrată în figura 129. În figura 130 se ilustrează o imobilizare „de necesitate" în lipsa atelei Cramer.

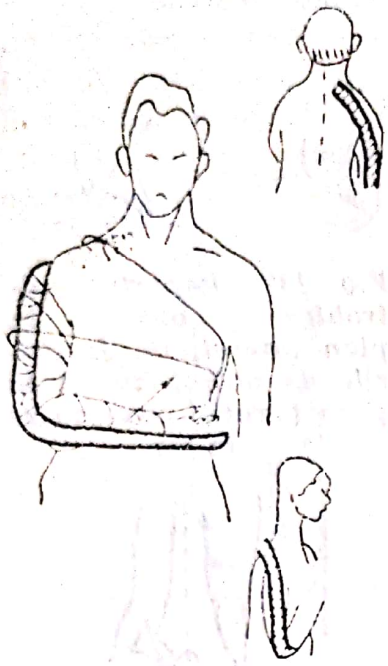


Fig. 128. Tehnica imobilizării fracturilor de diafiză humerală.

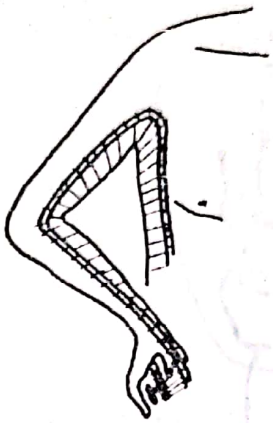


Fig. 129. Imobilizarea fracturilor de humerus însoțite de compresiuni vasculare.

Fig. 130. Imobilizarea imperfectă de „necesitate", în fracturile diafizei humerale.

15. FRACTURILE EPIFIZELOR ARTICULAȚIEI COTULUI

Fracturile paletei humerale : fractura supracondiliană, fractura condilului extern, fractura condilului intern, fracturi complexe. Fracturile de paletă cu traiect supracondilian, fără deplasare, se evidențiază prin : hematom masiv regional și puncte dureroase la palpare deasupra epicondilului și epitrohleei. Nu se va manevra (în scopul explorării clinice) asupra regiunii, pentru a se evita deplasările secundare în focar. În fracturi cu deplasare fragmentară se percep, cu ușurință, mobilitatea anormală supracondiliană, ca și deviațiile cotului față de axul diafizei. În aceste leziuni, măsurătorile clasice, de la nivelul cotului, rămîn în raporturi normale (fig. 131).

Figura 132 reprezintă o deviere dorsală a paletei, situație care poate simula o luxație clasică de cot, iar figura 133 — devieri laterale în fracturile supracondiliene. În figura 134 se arată devierile caracteristice ale cotului în fracturi de condil extern și condil humeral intern.

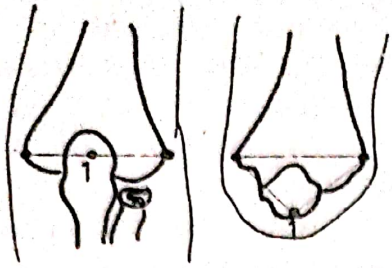


Fig. 131. Măsurători ortopedice în limite normale, pe faţa posterioră a cotului în extensie şi în flexie.

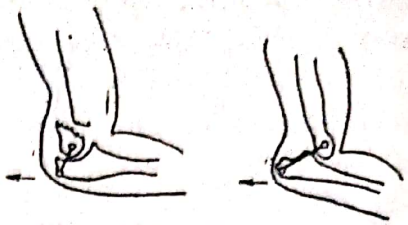


Fig. 132. Raportul epitrohlee — olecran, în plan lateral, în fracturile de paletă humerală şi în luxaţii posterioare de cot.

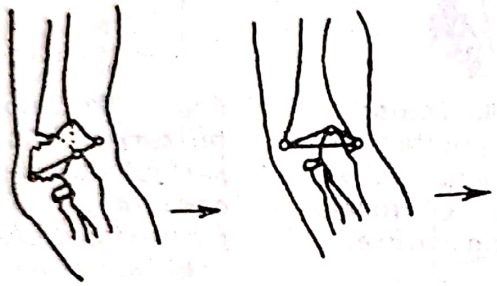


Fig. 133. Raportul epitrohlee-olecran-epicondil, pe faţa posterioară a cotului, în fracturi de paletă humerală şi în luxaţii laterale de cot.

Fig. 134. Devierile cotului în fracturi parţiale de paletă humerală.

Fracturile olecranului se evidenţiază prin echimoze precoce, durere locală la palpare, mişcarea activă de extensie este foarte dureroasă, flexia amplă a cotului dureroasă, depistarea prin palpare a depresiunii inter-fragmentare în devieri a capetelor osoase (fig. 135). Fractura olecranului se poate complica şi cu luxaţia capului radial (fig. 136).

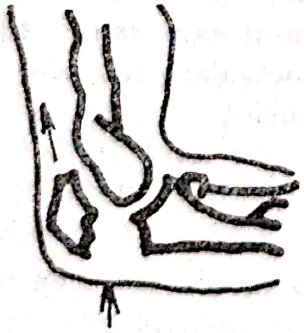


Fig. 135. Fractura olecranului cu dehiscenţă.

Fig. 136. Fractura de olecran cu luxaţia capului radial.

Scanned with OKEN Scanner

Fracturile capului radial și colului radial sînt caracterizate de dureri (la palpare) în gropiță radială situată pe fața posterioară a cotului (fig. 137). Se adaugă și alte semne clinice, cum ar fi supinația dureroasă. În fracturi cu deplasări mari a capetelor fracturale (fig. 138) cotul rămîne blocat și orice manevrare, activă sau pasivă, cauzează suferințe deosebite.

Fig. 137. Foseta radială pe fața posterioară a cotului.

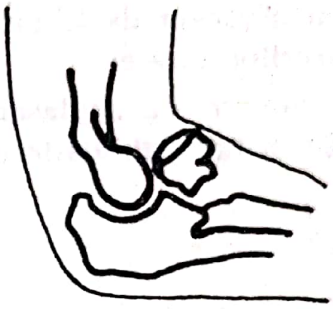


Fig. 138. Fractura epifizei proximale a radiusului.

Imobilizarea de urgență clasică se realizează cu ajutorul unei atele Cramer (fig. 139). Imobilizările în hiperflexie (fig. 140) sau hiperextensie (fig. 141) sînt cu totul excepționale, ele putînd fi „aceptate" doar în unele fracturi instabile a cotului.

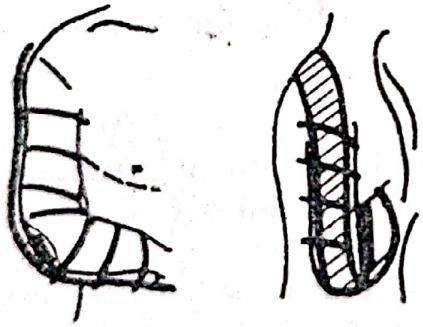


Fig. 139. Tehnica imobilizării fracturilor epifizelor cotului.

Fig. 140. Imobilizarea fracturilor oaselor cotului în hiperflexie.

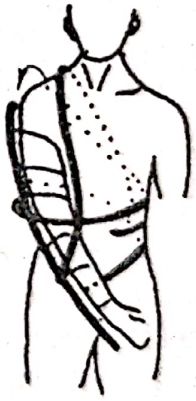


Fig. 141. Imobilizarea în hiperextensie a fracturilor oaselor cotului.

16. FRACTURILE OASELOR ANTEBRAȚULUI

— În fracturile ambelor oase ale antebrațului **fără deplasare** se evidențiază următoarele semne clinice: dureri la palparea focarelor fracturale, edem și echimoze, impotența funcțională regională, mobilitate anormală la nivelul focarului, focarul fractural cubital poate fi perceput mai ușor, la palpare, dată fiind situația sa imediat sub tegumente. O metodă practică de evidențiere a leziunii constă în provocarea durerii prin manevre de la distanță, pe extremitățile antebrațului (exagerarea durerilor focale).

— În fracturi **cu deplasare,** antebrațul își schimbă aspectul, suferind deformări în unghiulație (fig. 142) sau „în baionetă" (fig. 143).

Fig. 142. Fracturile diafizelor oaselor antebrațului: deviație în unghiulație.

Fig. 143. Fracturile diafizelor oaselor antebrațului: deviație în translație.

Tratamentul de urgență constă în reducerea în ax, așa cum demonstrează figura 144, urmată de imobilizarea focarului cu atelă Cramer în această poziție (fig. 145). Avînd în vedere că, datorită mișcării de rotație a radiusului în ax, decalajul interfragmentar este remediat doar în anumite poziții caracteristice diferitelor nivele, o fractură a 1/3 proximale se imobilizează cu mîna în supinație, o fractură în 1/3 mijlocie se imobilizează în poziție intermediară, iar o fractură în 1/3 distală a antebrațului se imobilizează cu mîna în pronație.

Fractura 1/3 distale a radiusului este o leziune care poate fi rezolvată și la nivelul punctelor sanitare (motiv pentru care dezvoltăm pe larg și tratamentul definitiv a afecțiunii).

Scanned with OKEN Scanner

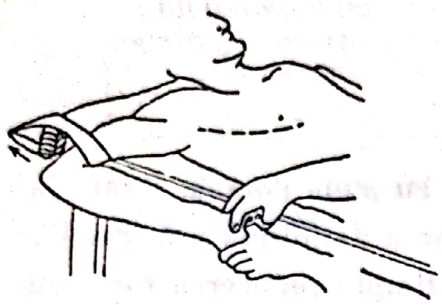


Fig. 144. Reducerea în ax a fracturilor oaselor antebraţului.

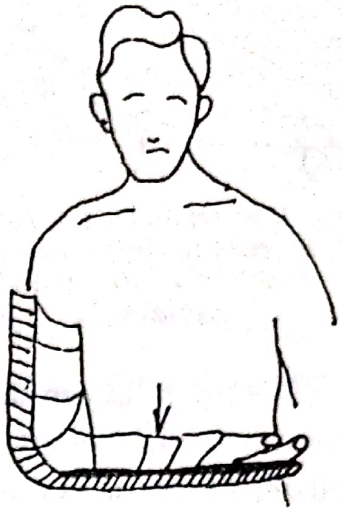


Fig. 145. Imobilizare cu atelă Cramer.

Semne clinice : impotenţă funcţională regională, durere la palparea epifizei distale a radiusului (în entorsele gîtului mîinii punctul dureros este situat sub vîrful apofizei radiale), mişcarea de înclinare radială a mîinii este foarte dureroasă (în entorse situaţia se inversează). În deplasări fracturale, apofiza stiloidă a radiusului, care în mod obişnuit coboară distal faţă de apofiza stiloidă a cubitusului, se găseşte ascensionată, la acelaşi nivel sau chiar ridicată proximal faţă de nivelul celei cubitale (fig. 146).

Deviaţia dorsală a fragmentului distal explică deformaţia de mînă în „dos de furculiţă" (fig. 147), devierea laterală explică deformarea de „mînă în baionetă" (fig. 148), iar aspectul determinat de devierea palmară este înfăţişat în figura 149.

Fig. 146. Fracturile 1/3 distale a radiusului : devierea fragmentului distal.

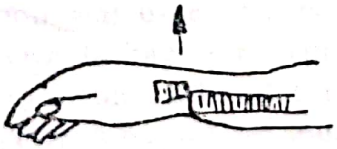


Fig. 147. Aspect lateral a deformaţiei „dos de furculiţă".

Fig. 148. Deformaţie „mînă în baionetă".

Scanned with OKEN Scanner

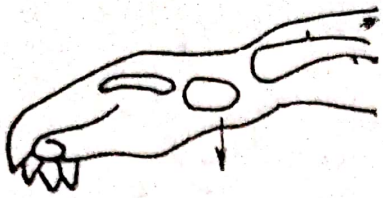


Fig. 149. Deviere palmară a fragmentului distal în fracturile de paletă radială.

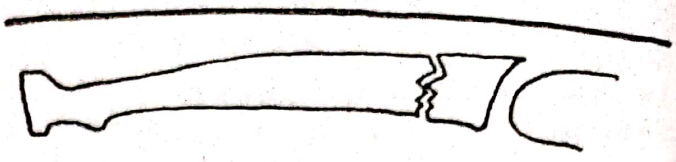


Fig. 150. Fracturile de paletă : modalitate de aşezare a atelei.

— Imobilizarea de urgenţă se realizează cu atelă dorsală fixată într-un mod caracteristic (fig. 150—151). Rezolvarea definitivă a fracturilor epifizei distale a radiusului se execută în doi timpi : reducerea focarului fractural şi imobilizarea focarului fractural.

Figurile 152—153 schiţează reducerea focarului fractural după desangrenare, iar figura 154 ilustrează modalitatea de confecţionare şi aşezarea feşilor ghipsate, în timp ce antebraţul se află sub efectul tracţiunii de extensie şi contra-extensie, acţiuni care se menţin tot timpul, pînă cînd aparatul ghipsat s-a „întărit".

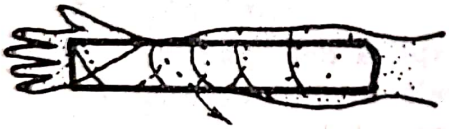


Fig. 151. Fracturile de paletă radială : modalitate de rulare a feşilor de imobilizare.

Fig. 152. Fracturi de paletă radială : dezangrenarea fragmentelor fracturale.

Fig. 153. Reaxarea fragmentelor fracturale.

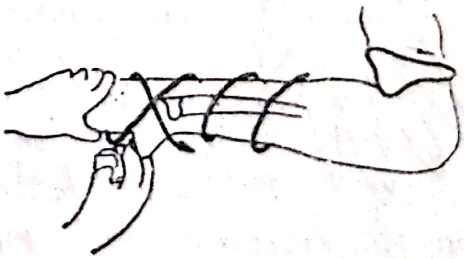


Fig. 154. Tehnica asigurării extensiei şi contraextensiei.

Scanned with OKEN Scanner

Figurile 155—156—157 ilustrează limitele obligatorii pînă la care se întinde aparatul ghipsat. În acest scop, subliniem în mod deosebit, că aparatul ghipsat nu trebuie să coboare mai jos de plica palmară inferioară, limită care permite mişcările degetelor în tot timpul imobilizării (recuperare funcţională).

Fig. 155. Aparat ghipsat văzut palmar.

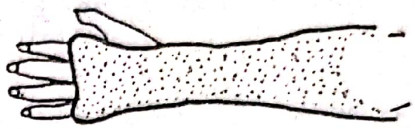


Fig. 156. Aparat ghipsat văzut dorsal.

Fig. 157. Aparat ghipsat privit lateral.

Imobilizarea ghipsată a fracturilor 1/3 inferioare a radiusului se menţine între 4—6 săptămîni.

17. FRACTURILE OASELOR MÎINII ŞI DEGETELOR

Fracturile oaselor carpiene constituie situaţii posttraumatice care se rezolvă definitiv doar la nivelul spitalului, întrucît, pe de o parte, ele sînt greu de diagnosticat „în urgenţă" şi, în al doilea rînd, neglijarea evidenţierii acestor leziuni duce adesea la grave perturbări funcţionale, greu de remediat ulterior.

În acest scop enumerăm cîteva date orientative asupra fracturilor amintite. La nivelul „terenului" se pot diagnostica fracturile oaselor carpiene care pot fi abordate mai uşor prin palpare, cum ar fi : fracturile piziformului (punct dureros la baza eminenţei hipotenare), fracturile unciformului (punct dureros la un centimetru sub piziform), fractura osului scafoid (punct dureros la baza eminenţei tenariene), fractura osului mare (punct dureros la palpare pe faţa dorsală a gîtului mîinii în direcţia metacarpianului 3).

Fracturile oaselor carpiene se imobilizează cu o atelă aşezată dorsal (fig. 158).

Dintre **fracturile oaselor metacarpiene,** fractura bazei metacarpianului I — dacă nu este depistată la timp și tratată judicios — este urmată de perturbări funcționale marcante.

Leziunea este caracterizată, clinic, de edem masiv la baza policelui și imposibilitatea de execuție a mișcării de abducție a policelui (fig. 159). Fractura se imobilizează printr-o atelă mică ce asigură abducția (fig. 160).

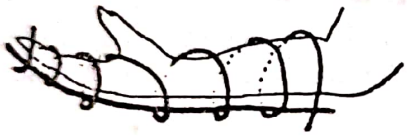


Fig. 158. Fracturile oaselor carpiene; tehnica imobilizării de urgență.

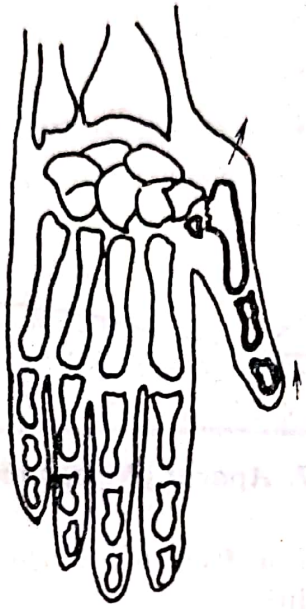


Fig. 159. Fractura bazei metacarpianului I.

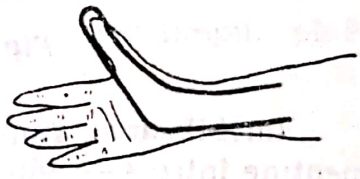


Fig. 160. Atelă pentru imobilizarea policelui.

În fracturile celorlalte oase metacarpiene se poate palpa focarul de fractură, explorînd fața dorsală a mîinii. Un alt detaliu prețios se obține la inspecție: atunci cînd pumnul traumatizatului e închis, capul metacarpianului fracturat apare coborît (fig. 161).

Fracturile, la care ne referim, se imobilizează tot așa ca și fracturile de falange, fie cu o atelă dorsală ușor îndoită palmar, fie prin fixarea degetelor flectate cu circulare de fașă, pumnul fiind strîns pe un sul așezat în podul palmei (fig. 162).

Fig. 161. Aspectul capetelor metacarpienelor, în poziția de pumn strîns.

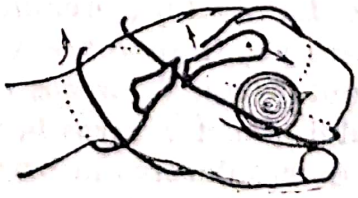


Fig. 162. Fracturile oaselor metacarpiene; imobilizare pe un sul de fașe.

Scanned with OKEN Scanner

Leziunile fracturale marginale a **capetelor falangelor** se confundă, adesea, cu simple entorse interfalangiene şi se soldează în cazuri de neglijenţe terapeutice, cu redori digitale. Ca o concluzie majoră, se impune obligativitatea investigaţiei radiografice în toate traumatismele digitale.

18. FRACTURILE FEMURULUI

Fracturile colului femural pot fi : cu deplasarea fragmentelor sau fără deplasarea fragmentelor fracturale.

Fracturile de col femural **fără deplasare** sînt comune tuturor vîrstelor. La traumatizaţii în vîrstă, datorită pierderii rezistenţei planului osos, capetele fracturale întrepătrunzîndu-se, colul femural se scurtează.

În aceste condiţii se poate pune în evidenţă scurtarea membrului inferior traumatizat (în comparaţie cu cel sănătos). Aprecierea lungimii membrului inferior se obţine măsurînd distanţa dintre spina iliacă antero-superioară şi vîrful maleolei interne (fig. 163). Se adaugă la acest semn şi perturbarea funcţională a şoldului, ca şi provocarea durerii prin palpare în triunghiul lui Scarpa. Am inclus aceste fracturi telescopate în grupa celor fără deplasare, deoarece suprafeţele fracturate nu-şi pierd contactul prin întrepătrundere.

În fracturile colului femural **cu deplasare,** muşchii fesieri ascensionînd trochanterul (prin contractura lor) şi rotindu-l extern membrul inferior se scurtează şi mai mult (fig. 164).

Fig. 163. Linia spino-maleolară internă.

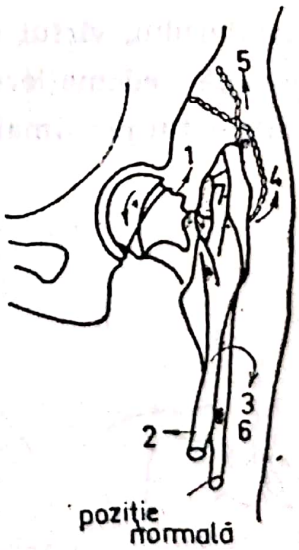


Fig. 164. Fracturile colului femural : devierea fragmentelor fracturale.

Datorită mecanismelor amintite, laba piciorului membrului inferior traumatizat cade rotată extern pe planul de susținere (fig. 165—166).

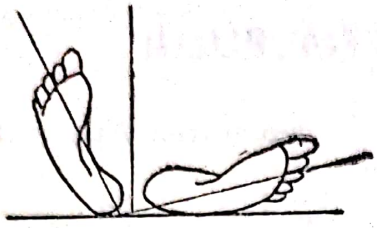


Fig. 165. Fracturile colului femural : devierea în rotație a labei piciorului.

Fig. 166. Fracturile colului femural : poziția în rotație a întregului membru inferior.

Scurtarea membrului inferior se măsoară după tehnica amintită anterior, iar ascensionarea trochanterului prin aprecierea poziției sale față de linia Roser-Nélaton (fig. 167).

Linia lui Roser-Nélaton este dreaptă imaginară, care unește în mod normal spina iliacă antero-superioară, vîrful trochanterului și tuberozitatea ischiatică. Figura 168 ilustrează situația în care, datorită ascensionării trochanterului, vîrful acestuia depășește linia amintită. La aceste date se adaugă : edematierea și tumefacția triunghiului lui Scarpa — dată de fragmentul proximal rotat —, mobilitate exagerată a șoldului etc.

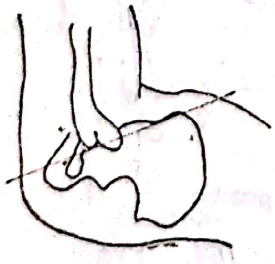


Fig. 167. Linia lui Roser-Nélaton.

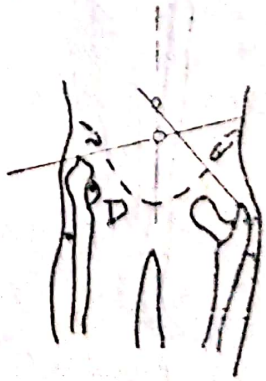


Fig. 168. Grade de ascensionare a trochanterului.

Scanned with OKEN Scanner

Fracturile de col femural se imobilizează cu atelă lungă, care se întinde din axilă și pînă la nivelul piciorului (fig. 169). În situația că atela de imobilizare lipsește, se poate pregăti bolnavul pentru transport și prin bandajarea ambelor picioare, unul de celălalt (fig. 170).

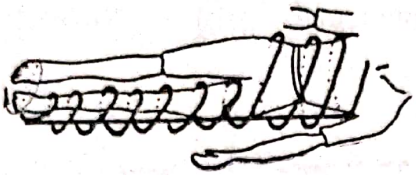


Fig. 169. Principii de imobilizare a fracturilor colului femural.

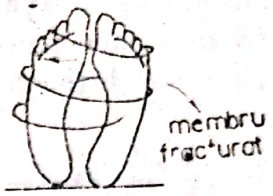


Fig. 170. Tehnica bandajării ambelor picioare unul de celălalt.

Fracturile diafizei femurale : fracturi fără deplasare și cu deplasare a capetelor fracturale.

Semne clinice în fracturi fără deplasare : impotență funcțională a membrului inferior, tumefierea coapsei, punct dureros diafizar la palpare, punct dureros diafizar la nivelul femurului prin manevre de la distanță (investigarea riscantă în aceste leziuni).

În **fracturile cu deplasare** apar următoarele **semne clinice :** scurtarea membrului inferior, mobilitate anormală la nivelul coapsei, deformarea regiunii (figurile 171—172—173) și rotația externă pe planul de susținere a labei piciorului.

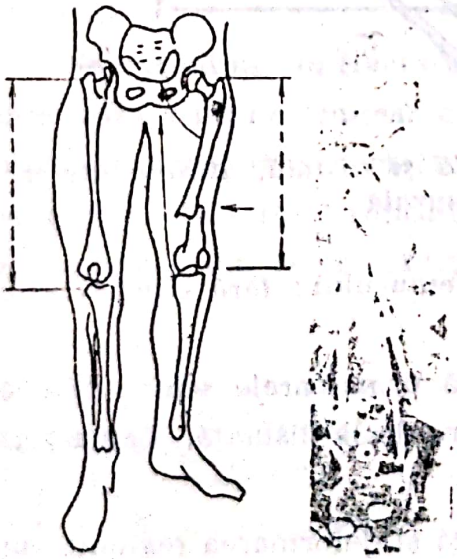


Fig. 171. Devierea fragmentelor fracturale în fracturile 1/3 medii a diafizei femurale.

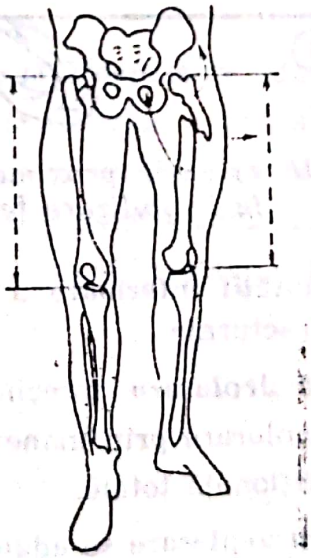


Fig. 172. Devierea fragmentelor fracturale în fracturile 1/3 proximale a diafizei femurale.

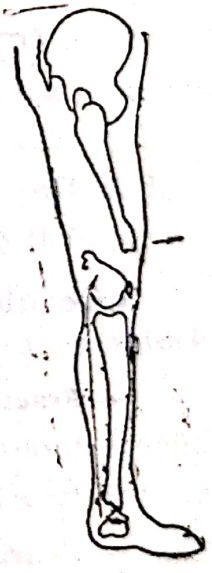


Fig. 173. Devierea fragmentelor fracturale în fracturile 1/3 distale a diafizei femurale.

Scanned with OKEN Scanner

Fracturile diafizare se imobilizează cu o atelă lungă, de la nivelul trunchiului și pînă la nivelul piciorului. O imobilizare judicioasă, mai ales în cazuri de compresiuni perifocale, se realizează asigurînd extensia și contraextensia în timpul transportului (fig. 174—175), cu aceasta menținîndu-se și axarea membrului inferior (axul membrului inferior este dreapta care unește spina iliacă antero-superioară, mijlocul rotulei și marginea internă a piciorului).

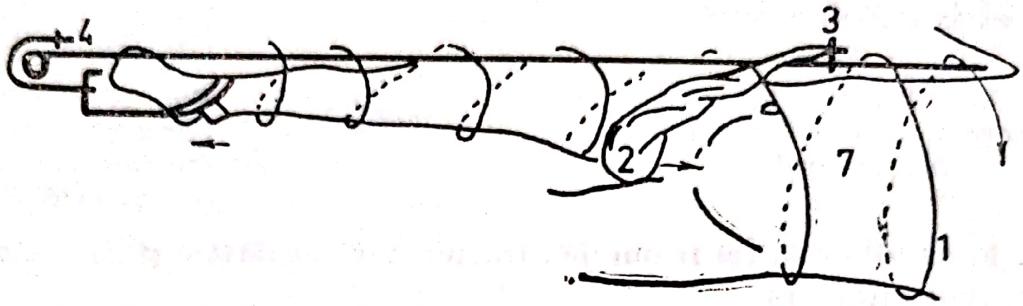


Fig. 174. Atelă prevăzută cu sistem de extensie, în fracturile colului femural.

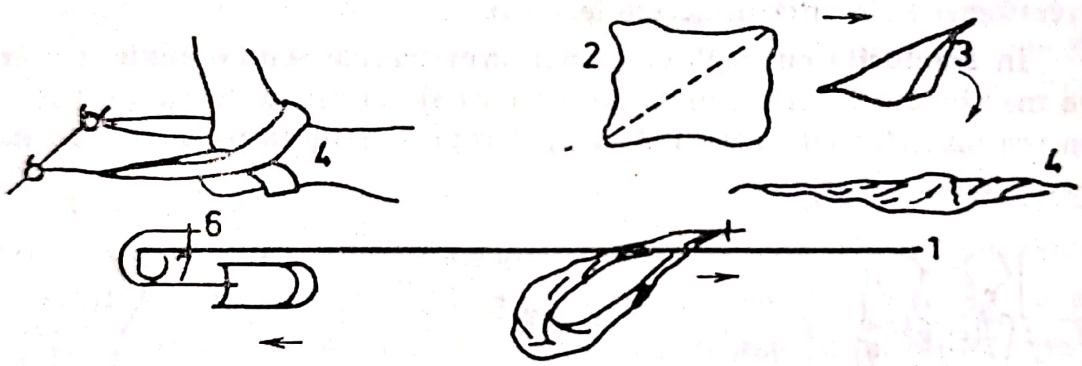


Fig. 175. Sistem de extensie proximală și distală, atașate atelei de imobilizare femurală.

Fracturile extremității inferioare a femurului: fără deplasare, cu deplasarea capetelor fracturale.

— **Fracturile fără deplasare** prezintă următoarele semne clinice: puncte dureroase la explorare prin manevre de la distanță, hemartroză masivă, impotență funcțională totală.

— În **fracturile cu deplasare** se adaugă și deformarea regiunii, cum ar fi mărirea în lateralitate a genunchiului, ca și diferite unghiulații laterale (fig. 176—177).

Aceste fracturi se imobilizează cu o atelă posterioară, ce se întinde de la nivelul bazinului și pînă la talpă.

Scanned with OKEN Scanner

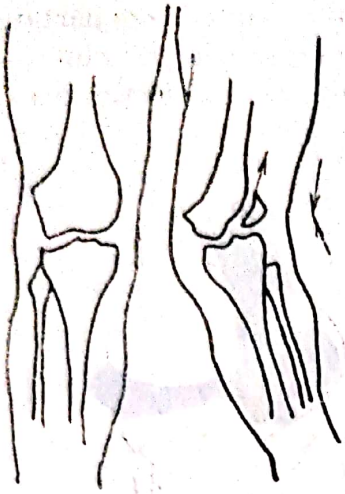


Fig. 176. Fracturi condiliene cu unghiulație laterală.

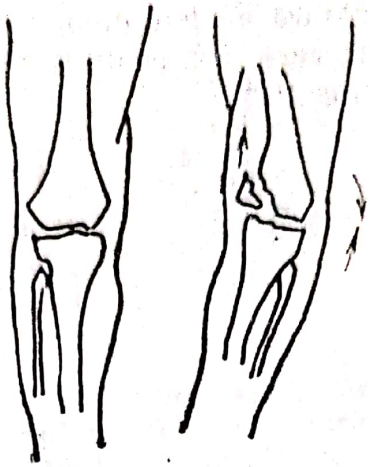


Fig. 177. Fracturi condiliene cu unghiulație medială.

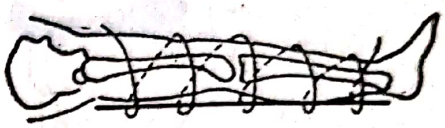


Fig. 178. Imobilizarea fracturilor epifizelor oaselor genunchiului.

19. FRACTURILE ROTULEI

Semne clinice în fracturile fără deplasare : durere la palpare pe fața anterioară a rotulei, mișcarea de extensie activă a genunchiului este posibilă dar dureroasă, hemartroza se pune în evidență prin semnul „clapajului" ; rotula fiind ridicată de colecția subiacentă poate fi înfundată prin apăsare, dar revine iarăși în poziție inițială (fig. 179—180).

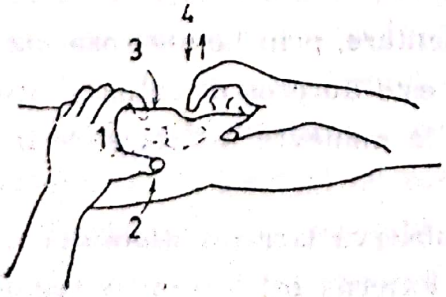


Fig. 179. Hemartroza : evidențierea semnului „clapajului".

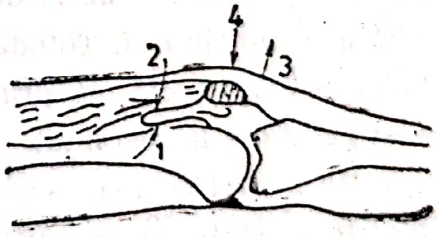


Fig. 180. Hemartroza : topografia fundul de sac subcuadricipital.

In **fracturile cu deplasare,** cele două fragmente fiind îndepărtate între ele, apare o înfundătură evidenţiabilă prin palpare, la nivelul focarului fractural (fig. 181), care însă poate fi mascată de o colecţie intraarticulară sub tensiune (fig. 182).

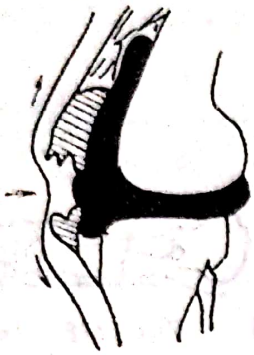


Fig. 181. Diastază fracturală rotuliană.

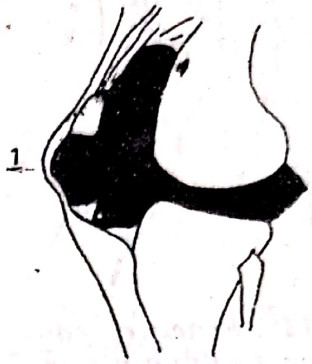


Fig. 182. Hemartroza genunchiului cu expansiune sanguină anterioară.

Imobilizarea de urgenţă se realizează cu atelă Cramer, ce se întinde de la nivelul bazinului şi pînă la călcîi, tehnică ce se poate completa cu o potcoavă perirotuliană aşezată deasupra şi lateral de rotulă (confecţionată din vată) ; potcoava îndeplineşte rolul de pansament compresiv opunîndu-se întinderii nemartrozei.

20. FRACTURILE OASELOR GAMBEI

Fracturile platoului tibial sînt leziuni posttraumatice care se caracterizează clinic, în cazuri de deplasări fragmentare, prin hemartroza masivă a genunchiului. Totodată, platoul tibial este dureros la palpare, atît la manevra directă (asupra focarului), cît şi la manevre indirecte de investigaţie (de la distanţă).

În cazuri de deplasări fragmentare se observă lărgirea platoului tibial în lateralitate (fig. 183) sau unghiulaţie externă ori internă a regiunii (fig. 184—185). În anumite fracturi de platou tibial pot să se evidenţieze deviaţii în sens antero-posterior. În toate cazurile, perturbarea funcţională a articulaţiei este totală.

Scanned with OKEN Scanner

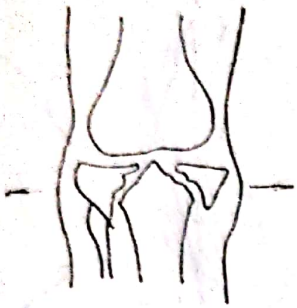


Fig. 183. Fracturile platoului tibial cu devieri fragmentare de lateralitate.

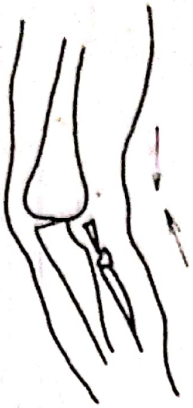


Fig. 184. Deviere în valgus prin fractură de platou tibial.

Fig. 185. Deviere în varus de platou tibial.

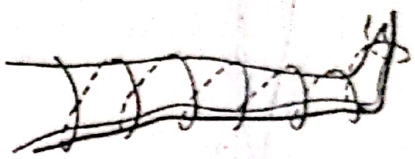


Fig. 186. Tehnica imobilizării fracturilor de platou tibial.

Fractura capului peroneului se explorează prin palpare, urmărind tendonul distal al bicepsului crural, la extremitatea căruia se poate sesiza fragmentul osos. Afecțiunea se complică, într-o bună parte din cazuri, cu leziuni ale nervului sciatic popliteu extern.

Imobilizare de urgență : atelă posterioară lungă (fig. 186).

Fracturile ambelor diafize ale oaselor gambei sînt leziuni produse atît prin mecanism direct cît și indirect.

— În **fracturi fără deplasare :** tumefacție locală, mobilitate diafizară anormală, punct dureros diafizar la manevre directe și indirecte (presiune în axul gambei).

— În **fracturi cu deplasare :** scurtarea lungimii gambei, care se măsoară comparativ cu gamba opusă (distanța dintre interliniul articular al genunchiului și vîrful maleolei interne), edem masiv și echimoze regionale, devierea axului gambei în diferite direcții sau încălecare. La palpare, unul dintre fragmente poate fi simțit sub tegumente. Mobilitatea anormală este apreciabilă în fracturi concomitente ale ambelor oase.

Figurile 187—188 reprezintă schema axelor normale a gambei, văzută din față și din profil, iar figura 189 modalitatea de modificare a acestor axe (în fracturi de gambă).

Imobilizarea de urgență se execută cu jgheaburi de sîrmă, care se întind pînă la nivelul coapsei (fig. 190), sau atelă Cramer situată posterior (fig. 191).

O imobilizare utilă este și aceea în care se folosește atela ghipsată, aplicată în aceleași condiții.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 187. Axul anterior al gambei.

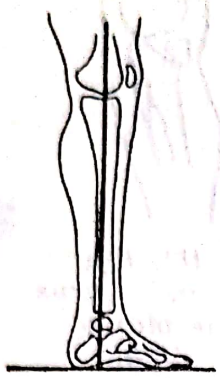


Fig. 188. Axul lateral al gambei.

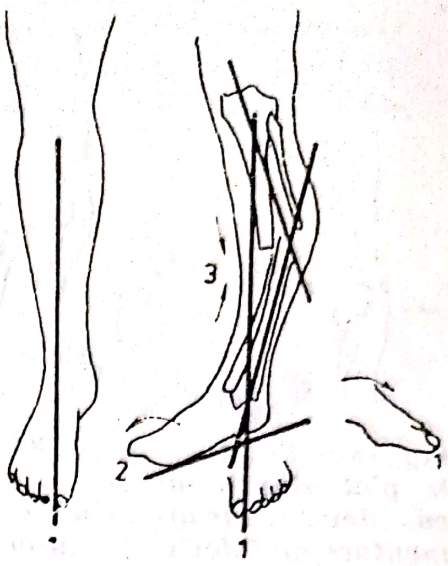


Fig. 189. Modificările axelor gambei în fracturile diafizare.

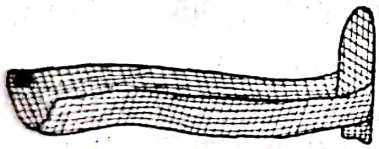


Fig. 190. Jgheab de imobilizare a fracturilor oaselor gambei.

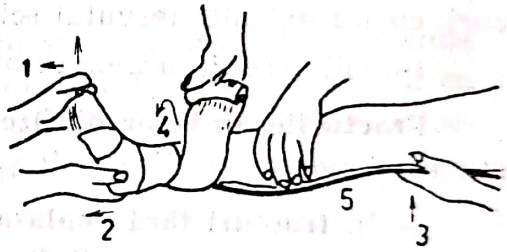


Fig. 191. Tehnica imobilizării fracturilor oaselor gambei, cu atelă posterioară.

Fracturile supramaleolare sînt leziuni caracterizate clinic prin clasicele semne fracturale, la care se adaugă deviații semnificative ale labei piciorului (figurile 192—193—194).

Fracturile maleolare, fie a unei singure maleole, fie a ambelor maleole, se pot evidenția prin semne clinice locale, dintre care, mai adesea, hemartroza gleznei și deviații ale labei piciorului (dacă sînt deplasări) în varus, valgus sau echinism (fig. 195—196—197).

Leziunile, la care ne referim, îmbracă forme complexe, dacă se asociază cu diastazis sau fracturi de pilon tibial.

Imobilizarea de urgență se execută folosind jgheaburi de sîrmă sau atelă Cramer, așezată posterior și care se întinde pînă la genunchi.

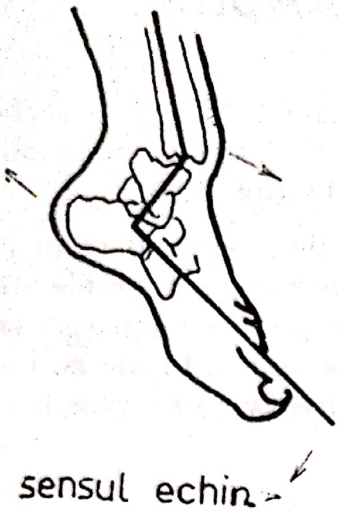


Fig. 192. Fracturile supramaleolare : unghiulație în echinism a labei piciorului.

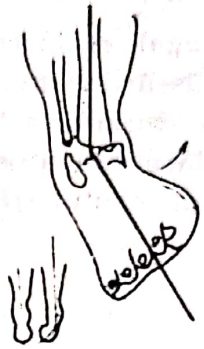


Fig. 193. Fractură supramaleolară : unghiulație în varus a labei piciorului.

Fig. 194. Fractură supramaleolară : unghiulație în valgus a labei piciorului.

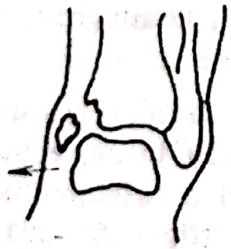


Fig. 195. Fracturi bimaleolare : deviere în varus a labei piciorului.

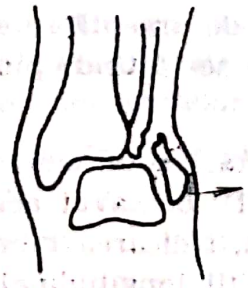


Fig. 196. Fracturi bimaleolare : deviere în valgus a labei piciorului.

Fig. 197. Fractura pilonului tibial cu fragment posterior : devierea în echinism a labei piciorului.

21. FRACTURILE OASELOR PICIORULUI

Oasele tarsiene suferă fracturi mai greu depistabile la locul accidentului. Deplasările fragmentare din focar, însă, modificînd axele piciorului forma sa ușurează precizarea diagnosticului (fig. 198).

În **fracturile de astragal** ies în relief : tumefacție și edemul retro și premaleolar, limitarea mișcărilor în articulația gleznei, manevrele de mișcări pasive sînt foarte dureroase la investigație, puncte dureroase la palpare pre și postmaleolare, deviația piciorului, de obicei, în varus, luxația anterioară a labei piciorului (fig. 199), coborîrea vîrfurilor maleo-

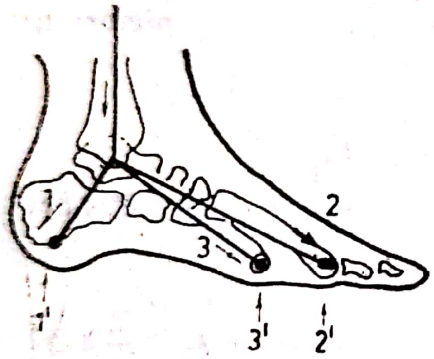


Fig. 198. Axele labei piciorului.

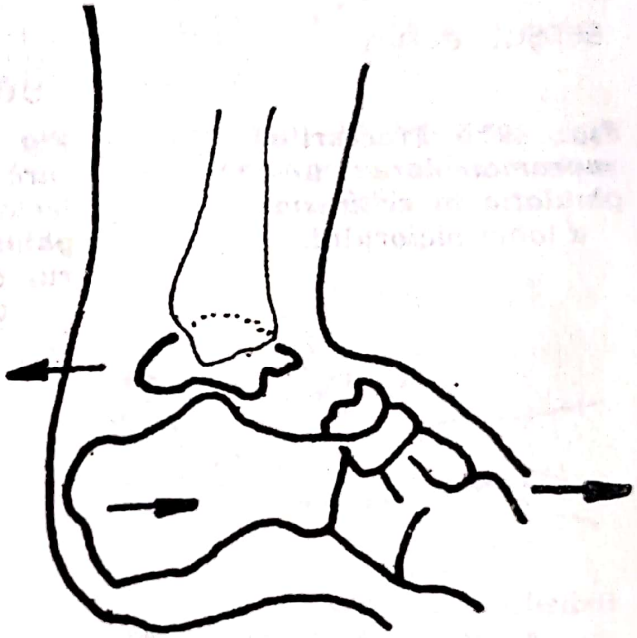


Fig. 199. Fracturi de astragal : luxarea anterioară a labei piciorului.

lelor (fig. 200). Imobilizarea de urgență se execută folosind jgheaburi de sîrmă sau atele Cramer, ce se întind pînă la nivelul genunchiului (posterior).

Fracturile de calcaneu fără deplasare, semne clinice : la manevra de apăsare a călciiului (fig. 201), bolnavul acuză dureri vii în talpă, echimoză plantară caracteristică, ridicarea tuberozității mari a calcaneului și prin aceasta dispariția bolții longitudinale a piciorului (fig. 202—203).

Imobilizarea de urgență se realizează în aceleași condiții ca și în fracturile de astragal și gleznă.

Fracturile celorlalte oase tarsiene, ca și fracturile metatarsienelor se diagnostichează mai greu „pe teren". O metodă practică, în acest sens, constă din explorarea minuțioasă a focarelor fracturale pe fața dorsală

Scanned with OKEN Scanner

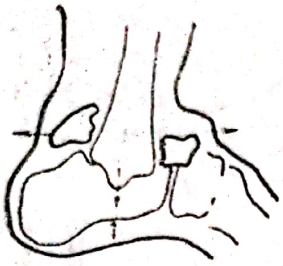


Fig. 200. Fracturile astragalului : coborîrea maleolelor.

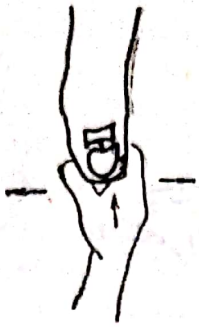


Fig. 201. Tehnica manevrărilor exploratorii a calcaneului.

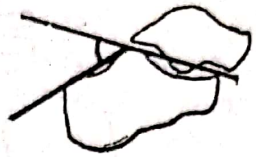


Fig. 202. Unghiul lui Böhler.

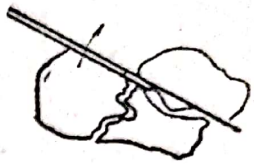


Fig. 203. Fractura calcaneului cu ascensionarea marei tuberozități (modificarea unghiul lui Böhler).

a piciorului, focarele de fracturi a acestor oase fiind situate imediat sub tegumente. În toate cazurile, echimoza plantară este aproape caracteristică.

Fracturile falangelor prezintă, ca semn clinic mai pregnant, mobilitatea anormală în lateralitate a degetelor și deformații a axelor digitale.

22. LUXAȚII — SEMIOLOGIE DE URGENȚĂ, TRATAMENT

Luxația este o deplasare permanentă, în urma unui traumatism, în raporturile dintre epifizele ce alcătuiesc un complex articular (dacă nu se intervine din afară pentru refacerea raporturilor normale).

Luxațiile pot fi împărțite în **luxații tipice**, cînd, datorită păstrării anumitor ligamente, dislocările epifizare iau o formă caracteristică (fig. 204) și **luxații atipice**, caracterizate de deformări regionale variate datorită distrugerii tuturor ligamentelor (fig. 205—206).

Luxarea unei epifize poate să se producă fie prin mecanism direct (fig. 207), fie prin mecanism indirect de acțiune externă (fig. 208), sau prin mecanism de acțiune internă, cum ar fi contracturile musculare (fig. 209).

Din punct de vedere *anatomo-patologic*, luxațiile se pot împărți în **luxații a articulațiilor sănătoase**, în care epifiza ce părăsește articulația iese, de obicei, în afara complexului articular prin „ferestre capsulare", și **„luxații ale articulațiilor bolnave"**, în care epifiza, cu toată devierea

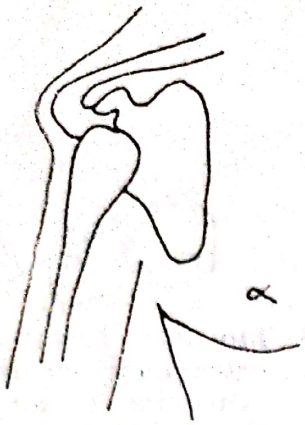


Fig. 204. Modificarea reliefului umărului în luxaţie tipică.

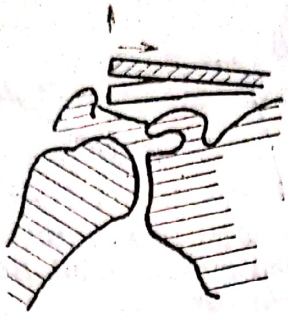


Fig. 205. Luxaţie atipică acromeo-claviculară.

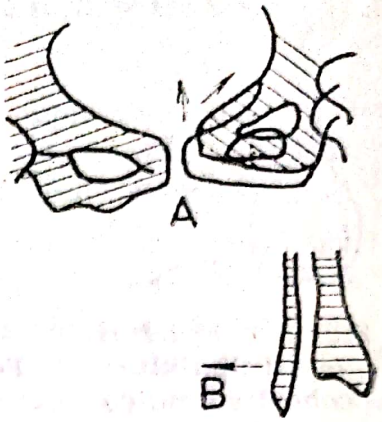


Fig. 206. Luxaţie atipică interpubiană (A) şi tibio-peronieră (B).

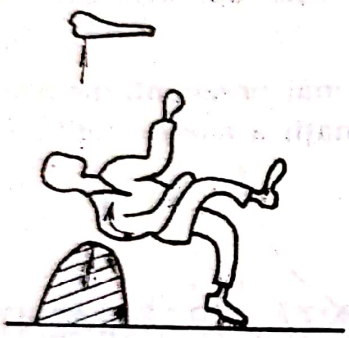


Fig. 207. Schema mecanismului de producere, prin acţiune directă, în luxaţia umărului.

Fig. 208. Schema mecanismului indirect, de acţiune externă, în luxaţia umărului.

Fig. 209. Schema mecanismului de producere a luxaţiei de umăr prin contracturi musculare.

sa de contact, rămîne situată intracapsular, manşonul fibros relaxat permiţînd devierea.

Luxaţiile mai pot fi împărţite, luînd drept criteriu raportul dintre momentul producerii luxaţiei şi momentul instituirii tratamentului, în: **luxaţii recente** (reponibile sau ireponibile prin mijloace nesîngerînde) şi **luxaţii vechi.** În grupa luxaţiilor recente intră şi „luxaţiile iterative", în care reducerea odată obţinută, repunerea neputînd să se menţină (din cauze de interpoziţii), reluxarea se instalează imediat. În grupa luxaţiilor vechi intră şi luxaţiile recidivante, ele fiind situaţii cronice de reluxări, uneori „tolerate" de bolnavi, motiv pentru care se mai numesc şi „luxaţii habituale". Motivele reluxărilor le constituie defectele de fixare, fie

Scanned with OKEN Scanner

congenitale (deformarea epifizară, laxitate capsulară congenitală), fie cîştigate, cum ar fi „ferestrele capsulare" produse de epifizele luxate cu ocazii anterioare şi care nu s-au cicatrizat datorită, adesea, greşelilor de tratament a unor luxaţii recente (anterioare), în care, după reducere, s-a neglijat imobilizarea ghipsată postreducţională.

Din punct de vedere **simptomatic**, o luxaţie se recunoaşte din primele momente, după deformarea caracteristică a regiunii şi poziţia anormală a membrului ce conţine leziunea luxantă. Detaliile vor fi enumerate la analiza fiecărei luxaţii în parte.

Complicaţii imediate : leziuni vasculare, leziuni neurale, leziuni ale cartilajului diartrodial, luxaţii-fracturi, luxaţii ireductibile de la început, luxaţiile deschise.

Complicaţii tardive : recidive, laxităţi articulare, artritele şi artrozele, osteoporoza posttraumatică, redori articulare, necroze epifizare, osteocondrite, atrofii ale cartilajului articular, fibrozări capsulare, atrofii musculare, osificări perifocale etc.

Tratamentul luxaţiilor este, de obicei, conservator dar şi chirurgical.

— Luxaţiile recente beneficiază, aproape ca regulă, de tratament conservator : bilanţ judicios a leziunilor, anestezie adecvată, reducere de urgenţă a luxaţiei, imobilizare postreducţională în scopul facilitării refacerii părţilor moi de contenţie şi, deci, prevenirea recidivelor. Tratamentul luxaţiilor nu poate fi conceput fără instituirea măsurilor precoce de recuperare funcţională. În leziunile recente, indicaţiile de rezolvare chirurgicală se referă la luxaţiile iterative şi în unele luxaţii-fracturi.

— Luxaţiile vechi se rezolvă, în majoritatea cazurilor, prin intervenţii chirurgicale, cum ar fi : reducerea chirurgicală, rezecţiile modelante, iar în leziuni mai complexe prin artroplastii, osteotomii şi chiar, la nevoie, artrodeze. Dintre luxaţiile vechi, luxaţiile recidivante beneficiază de tratament chirurgical specific : aplicarea de grefoane ca obstacole solide în calea unei reluxări, tenoplastii, capsuloplastii, miorafii (readaptarea părţilor moi de contenţie) etc.

23. LUXAŢIILE CLAVICULEI

Clavicula poate să luxeze fie cu un capăt al său, fie cu celălalt (luxaţie acromeo-claviculară, luxaţie sterno-claviculară), în diferite variante de migrare a extremităţii luxate (fig. 210—211).

Scanned with OKEN Scanner

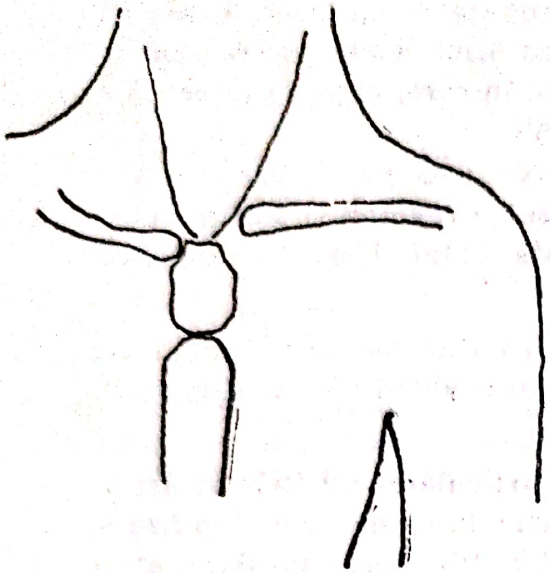


Fig. 210. Luxaţie sterno-claviculară.

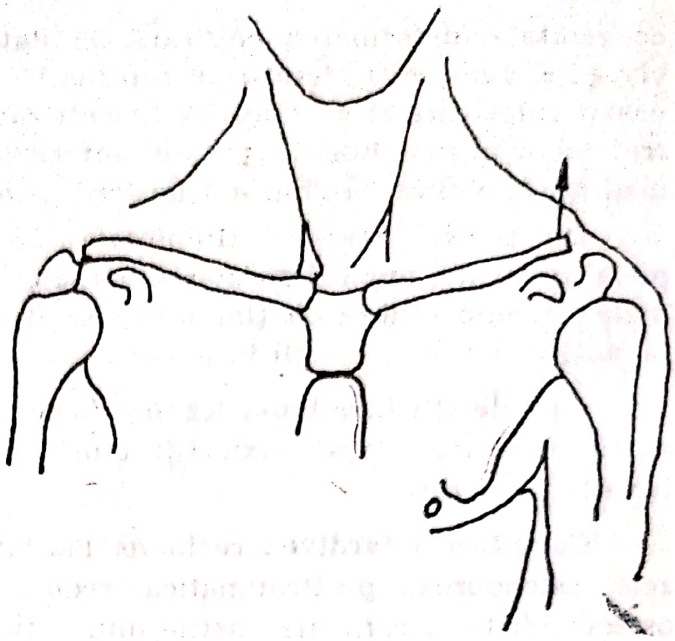


Fig. 211. Luxaţie acromeo-claviculară.

Deformaţia regiunii este caracteristică, iar extremitatea luxată a claviculei, proeminînd sub tegumente, pare suspendată şi fără sprijin consistent sub ea, putînd fi împinsă la loc, dar revenind imediat (semnul „clapei de pian").

Imobilizarea de urgenţă : cîrpa dreptunghiulară sau chiar simplul pansament toraco-brachial.

24. LUXAŢIILE SCAPULO-HUMERALE

Capul humeral luxează, de obicei, anterior, dar poate urma şi altă direcţie (fig. 212).

Semne clinice :

— **Luxaţiile anterioare :** umăr rigid, evidenţierea prin palpare axilară (fig. 213) a capului humeral luxat, deformarea regiunii în forma de „umăr în epolet" (fig. 212). Se ştie că, în condiţii de raporturi normale, punctul maxim de proeminenţă a umărului este determinat de marea tuberozitate a capului humeral (fig. 214), ori în caz că acesta luxează, punctul regional cel mai proeminent va fi dat de acromeon.

Scanned with OKEN Scanner

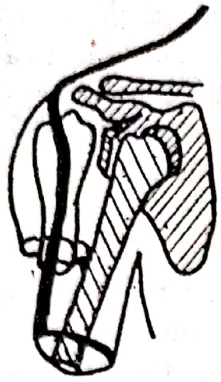


Fig. 212. Deformarea „umăr în epolet".

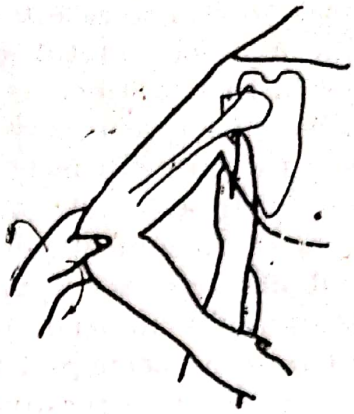


Fig. 213. Tehnica explorării capului humeral (prin palpare).

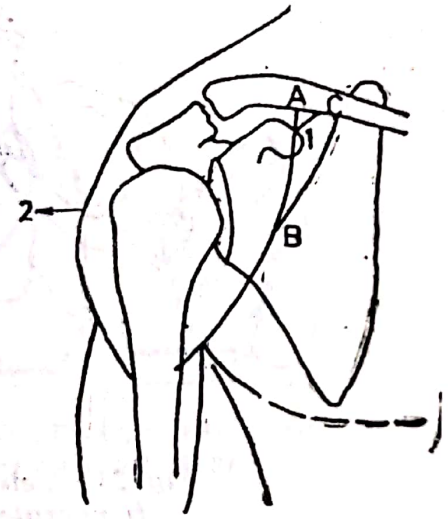


Fig. 214. Reliefui normal a umărului.

Fig. 215. Deformarea umărului în fracturile colului chirurgical humeral.

Trebuie precizat că depresiunea caracteristică în luxații este situată imediat sub acromeon, căci există deformări ale umărului cu depresiuni deltoidiene posttraumatice și în alte leziuni, cum ar fi fracturile colului humeral, în care, însă, înfundarea depistabilă la inspecție și palpare e situată la cîțiva centimetri mai jos (fig. 215). Se mai adaugă la acestea faptul că, spre deosebire de luxații, în fractura humerală, zona explorată este mobilă. În plus, capul humeral poate migra medial și în fracturi ale colului omoplatului, cînd epifiza deviază împreună cu glena omoplatului. În aceste situații se schițează deformarea de „umăr în epolet", fără însă ca articulația să fie blocată (mobilitate în focar). Dacă în luxațiile

anterioare braţul se găseşte apropiat de torace (dar nu lipit de torace), în luxaţiile inferioare braţul se prezintă în abducţie (fig. 216).

— În traumatismele la care ne referim apar uneori complicaţii, cum ar fi : hematoamele masive (ce maschează deformarea umărului) şi pareze sau paralizii a trunchiurilor neurale (nerv circumflex, nerv radial).

— Luxaţiile simple, mai ales dacă bolnavul este văzut în primele momente de către medic, se reduc adesea chiar la nivelul punctelor sanitare (sub anestezie adecvată).

Majoritatea autorilor preferă metodele de reducere a luxaţiilor de umăr, bazate pe principiul tracţiunii în ax. Vechile metode, care presupun manevre intempestive, cum ar fi metoda Kocher, sînt azi abandonate.

În lipsa unor ajutoare calificate, o tehnică de reducere bună este metoda lui Hipocrate (fig. 217).

Fig. 216. Poziţia braţului în luxaţiile scapulo-humerale inferioare.

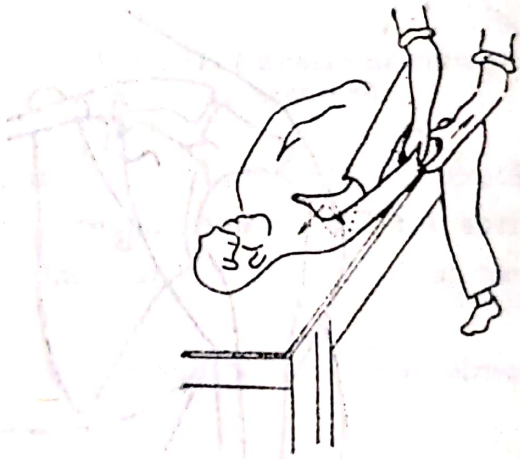


Fig. 217. Tehnica Hipocrate.

Noi preferăm metoda tracţiunii şi manevrării braţului aşezat într-un unghi de 45°, bolnavul fiind culcat pe o masă, în decubit dorsal, iar contraextensia realizîndu-se cu o eşarfă aşezată în jurul toracelui (fig. 218).

Se procedează astfel : în primul timp „cîteva minute", se execută extensia continuă la nivelul cotului şi de multe ori luxaţia se reduce cu uşurinţă, mai ales dacă se imprimă braţului şi uşoare mişcări de rotaţie ; în al doilea timp, dacă este cazul, se poate manevra şi în lateralitate, folosind eşarfe sau recurgînd la manevre manuale (fig. 219).

După reducere, braţul este imobilizat la trunchi, timp de 1—2 săptămîni în scopul cicatrizării „ferestrei capsulare" prin care epifiza luxată a părăsit articulaţia.

Luxaţiile de umăr, care nu se reduc cu uşurinţă sau care prezintă complicaţii, cum ar fi compresiunile pe trunchiurile neurale, se expediază

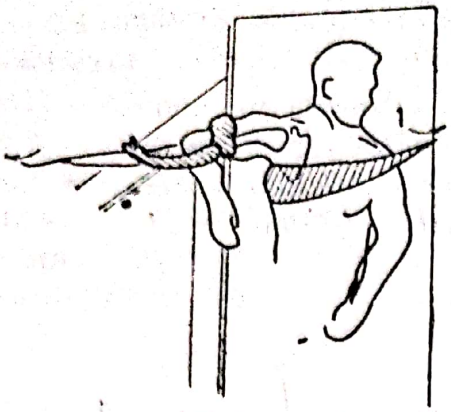


Fig. 218. Tehnica reducerii luxațiilor scapulo-humerale, cu brațul în abducție.

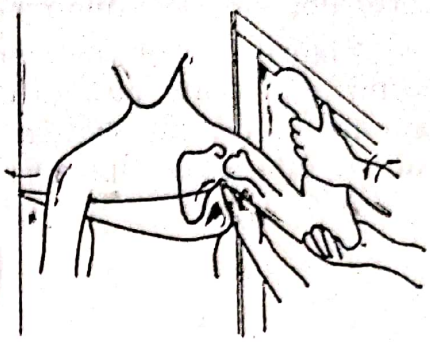


Fig. 219. Tehnica reducerii luxațiilor scapulo-humerale, cu brațul în abducție.

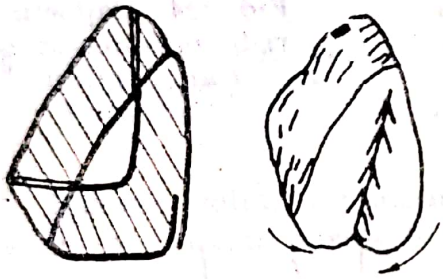


Fig. 220. Triunghiuri și suluri de imobilizare.

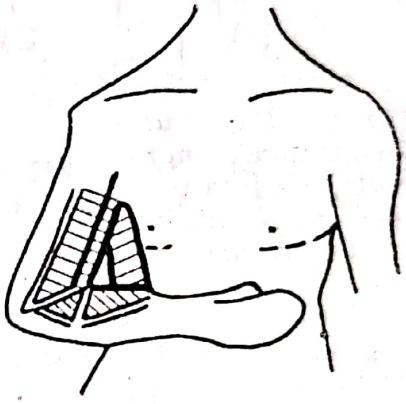


Fig. 221. Tehnica imobilizării brațului în abducție moderată.

de urgență la spital, cu membrul superior fixat în poziția în care se află, folosindu-se în acest scop diferite triunghiuri sau suluri ce sprijină regiunea (fig. 220—221).

25. LUXAȚIILE ARTICULAȚIEI COTULUI

Aceste leziuni traumatice sînt scoase în relief de semnele iritative pottraumatice regionale și prin deformările caracteristice ale cotului.

Epifizele antebrahiale luxează mai adesea posterior și extern, dar sînt posibile migrări și în alte direcții.

Scanned with OKEN Scanner

— Palparea punctelor osoase de reper ale cotului şi urmărirea raporturilor lor constituie metoda cea mai bună de evidenţiere a luxaţiei.

Figurile 222 şi 223 reprezintă măsurători ortopedice evidenţiind raporturile normale, pe faţa posterioară a cotului, iar figura 224 raporturi laterale. Figura 225 schiţează raporturi laterale în luxaţia posterioară de cot, iar figura 226 raporturi posterioare în aceleaşi leziuni

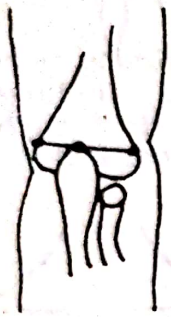


Fig. 222. Raporturi topografice normale, pe faţa posterioară a cotului, în extensie.

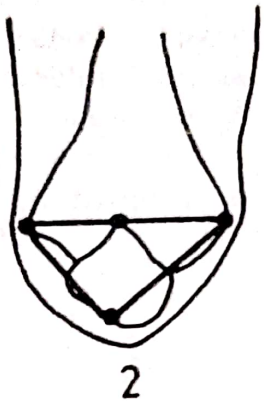


Fig. 223. Raporturi topografice normale, pe faţa posterioară a cotului, în flexie.

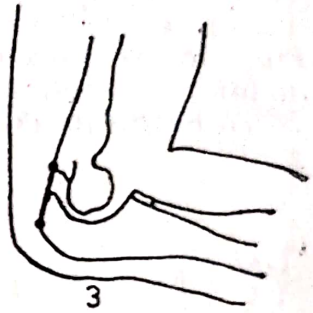


Fig. 224. Raporturi topografice laterale a cotului (normale).

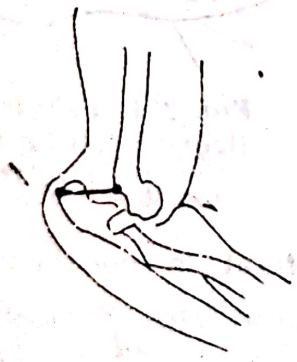


Fig. 225. Raporturi topografice laterale în luxaţiile de cot.

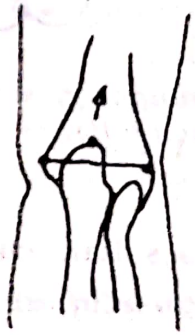


Fig. 226. Raporturi topografice posterioare în luxaţiile de cot.

In toate cazurile se remarcă : hematom masiv, mişcări active şi pasive foarte dureroase şi mai ales imposibilitatea executării flexiei, proeminarea posterioară a olecranului, unghiulaţii de lateralitate, cot blocat şi dureros. Diagnosticul diferenţial se stabileşte în primul rînd, cu fracturile de paletă humerală, leziuni în care însă se percep uneori crepitaţii osoase şi, în plus, raporturile reperelor topografice amintite rămîn în limite normale.

Scanned with OKEN Scanner

— Luxaţiile de cot sînt leziuni complexe, motiv pentru care ele se rezolvă, de obicei, într-un serviciu de specialitate. Imobilizarea de urgenţă constă în fixarea articulaţiei în poziţia în care se află, folosind atela Cramer, aşezată posterior. Dacă, totuşi, medicul care acordă asistenţă sesizează compresiuni pe trunchiul arterial (lipsa pulsului) şi dacă drumul pînă la staţionar e mai lung, este bine să se încerce, fără a se insista, reducerea luxaţiei în cei doi timpi clasici, manevră schiţată în figurile 227 şi 228.

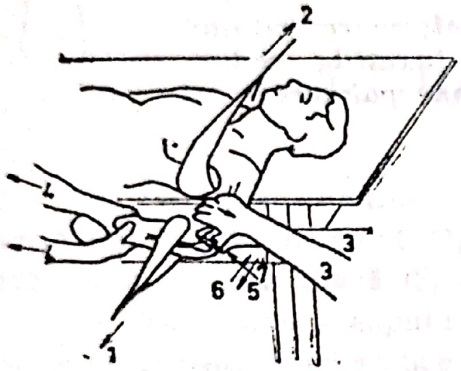


Fig. 227. Principiul reducerii luxaţiei de cot.

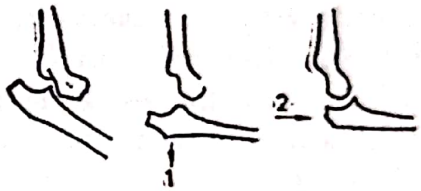


Fig. 228. Timpii de reducere a luxaţiilor posterioare de cot.

Luxaţia izolată a capului radial se manifestă prin proeminarea epifizei în zona luxată (inspecţie, palpare) şi poziţia antebraţului în pronaţie dureroasă.

26. LUXAŢIILE ARTICULAŢIILOR MÎINII ŞI DEGETELOR

Deformările posttraumatice ale gîtului mîinii sînt comune, în mare, la prima inspecţie, atît luxaţiilor radio-carpiene (fig. 229—230), cît şi fracturilor de paletă radială.

După reducerea în ax (fig. 231) şi imobilizarea de urgenţă se expediază bolnavul la spital. Imobilizarea se execută folosind atela Cramer sau atela ghipsată.

Figura 232 schiţează luxaţia semilunarului.

— Dintre luxaţiile metacarpo-falangiene, cea mai complexă este luxaţia policelui, de diferite grade, caracterizată prin poziţia degetului în Z (fig. 233—234—235).

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 229. Deformarea gîtului mîinii în luxații radiocarpiene dorsale.

Fig. 230. Deformarea gîtului mîinii în luxațiile radiocarpiene palmare.

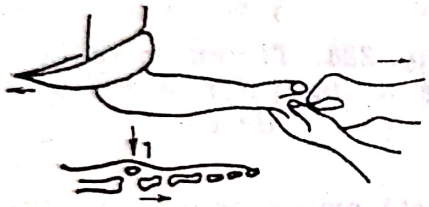


Fig. 231. Tehnica reducerii osului semilunar.

Fig. 232. Modalitățile de luxație palmară a semilunarului.

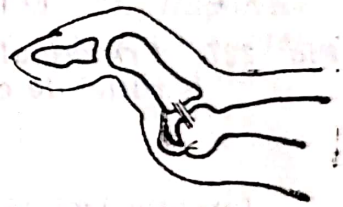


Fig. 233. Luxația dorsală metacarpo-falangiană a policelui.

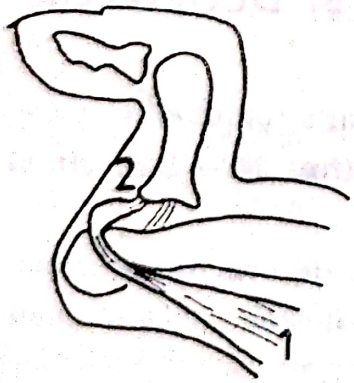


Fig. 234. Luxația dorsală metacarpo-falangiană a policelui, cu translație pe metacarp.

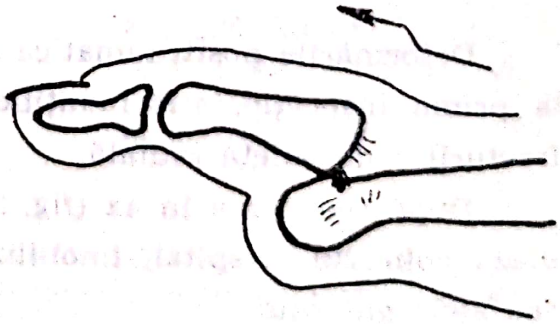


Fig. 235. Luxație complexă metacarpo-falangiană I.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă medicul care acordă primul ajutor nu are o practică suficientă în traumatologie, este bine ca aceste cazuri să fie expediate într-un serviciu de specialitate, căci manevrele de reducere, nepotrivite, pot fi urmate de distrugerea tuturor ligamentelor articulației bazale a policelui, situație care creează invalidități greu de remediat. Luxațiile (de obicei dorsale) în celelalte articulații metacarpo-falangiene și interfalangiene se rezolvă după același principiu.

27. LUXAȚIILE ȘOLDULUI

— Variantele luxațiilor de șold : luxații anterioare (luxația obturatorie (1), luxația pubiană (2)) și luxații posterioare, care sînt cele mai frecvente (luxația iliacă (3) și luxația ischiatică (4) — fig. 236.

— Sediul nou a capului femural, deplasat, determină, în luxații, o serie de poziții caracteristice direcției deplasării :

— în luxația iliacă (cea mai frecventă), coapsa intră în poziție de adducție, rotație internă și ușoară flexie (fig. 237—238) ;

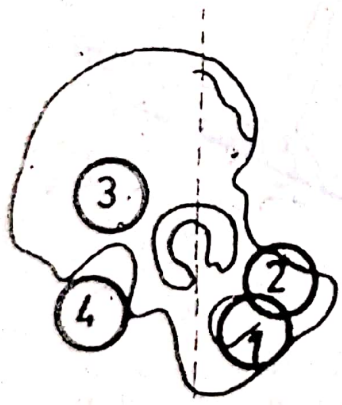


Fig. 236. Zonele de luxare a capului femural.

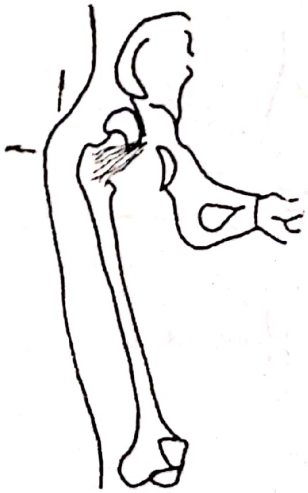


Fig. 237. Mecanismul de producere a luxației iliace a capului femural.

Fig. 238. Poziția membrului inferior în luxația iliacă.

— în luxația ischiatică, coapsa e trasă în flexie, adducție și rotație internă accentuată (fig. 239) ;

— în luxația obturatorie, coapsa este situată în flexie, abducție și rotație externă (fig. 240) ;

Scanned with OKEN Scanner

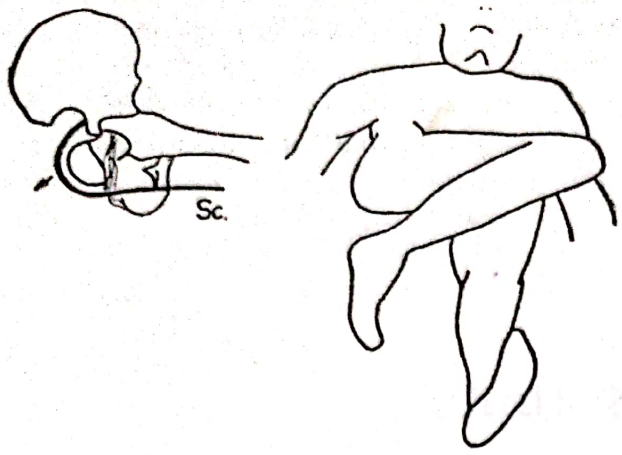


Fig. 239. Luxația ischiatică.

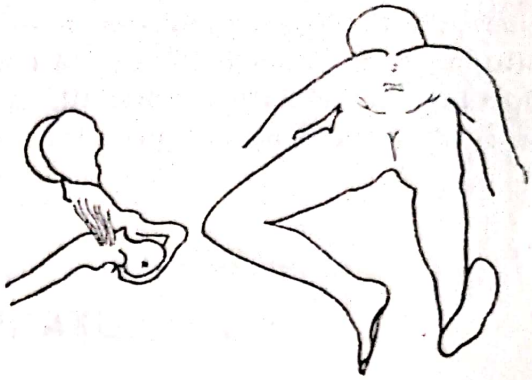


Fig. 240. Luxația obturatorie.

— în luxația pubiană, membrul inferior „aproape în extensie" se află rotat extern (fig. 241).

Figura 242 demonstrează depășirea liniei lui Roser-Nélaton de către vîrful trochanterului, în luxații superioare. Luxațiile de șold sînt leziuni

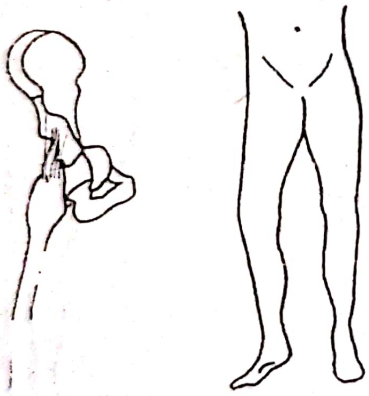


Fig 241. Luxația pubiană.

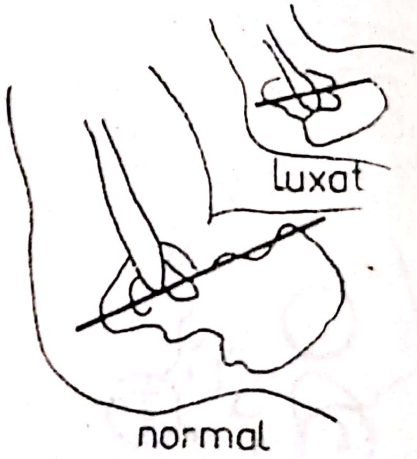


Fig. 242. Linia Rosser Nélaton depășită în luxația superioară

posttraumatice complexe, care se remediază într-un serviciu de specialitate. La locul accidentului, bolnavul va fi imobilizat pe o targă tare cu membrul inferior fixat în poziția inițială (fig. 243—244).

În staționar, se preferă metoda reducerii lui Böhler (fig. 245), fiind necesară o anestezie profundă ce oferă condiții de relaxare a mușchilor regionali puternici.

Scanned with OKEN Scanner

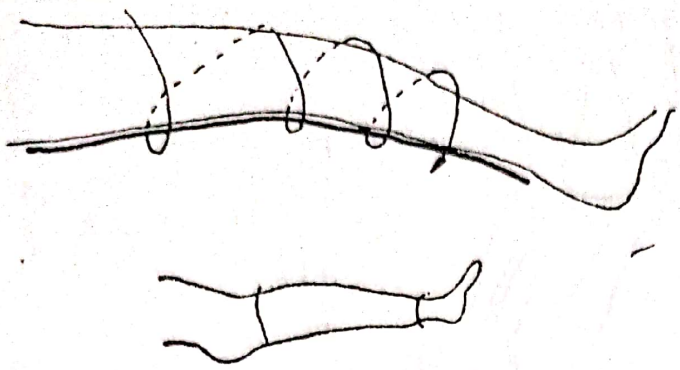


Fig. 243. Modalitate de imobilizare provizorie a genunchiului în flexie moderată.

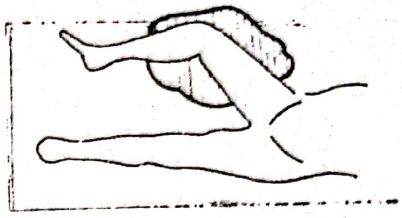


Fig. 244. Modalitate de imobilizare provizorie a membrului inferior, în abducție

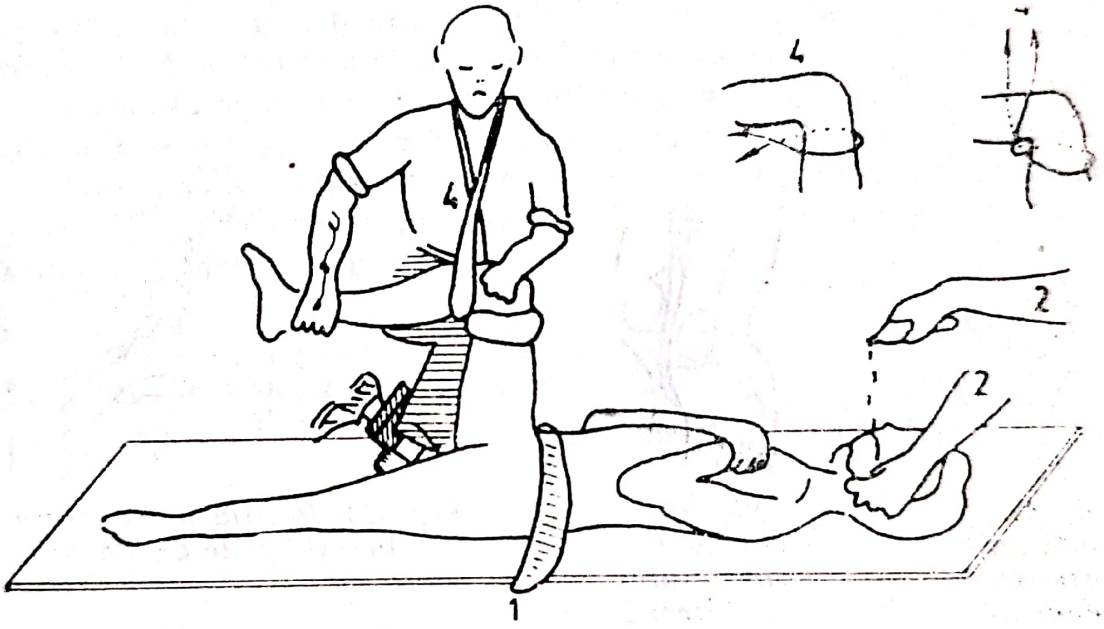


Fig. 245. Tehnica Böhler.

28. LUXAȚIILE GENUNCHIULUI

Varietăți : luxație anterioară, posterioară, luxații laterale sau combinate (două dintre aceste modalități).

Luxațiile genunchiului sînt caracterizate de hemartroza articulației, mobilitate anormală în lateralitatea și devierea în „baionetă" sau unghiulație a regiunii (fig. 246—247—248—249).

Scanned with OKEN Scanner

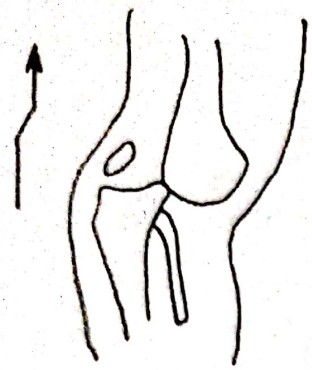


Fig. 246. Luxația anterioară a genunchiului : deviere în „baionetă".

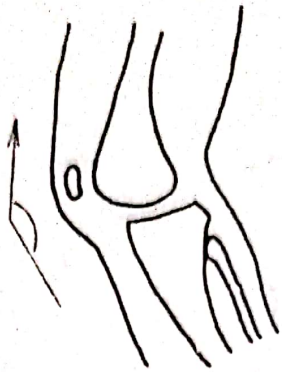


Fig. 247. Subluxația anterioară a genunchiului : deviere în unghiulație.

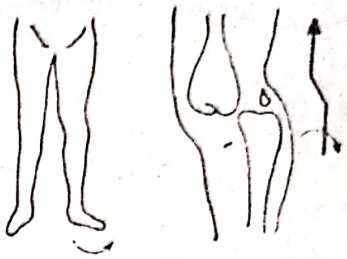


Fig. 248. Luxație posterioară a genunchiului : deviere în „baionetă".

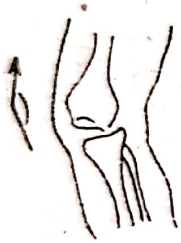


Fig. 249. Subluxație posterioară a genunchiului : deviere în unghiulație.

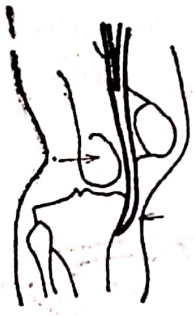


Fig. 250. Schema mecanismului de interpoziție tendinoasă în spațiul intercondilian.

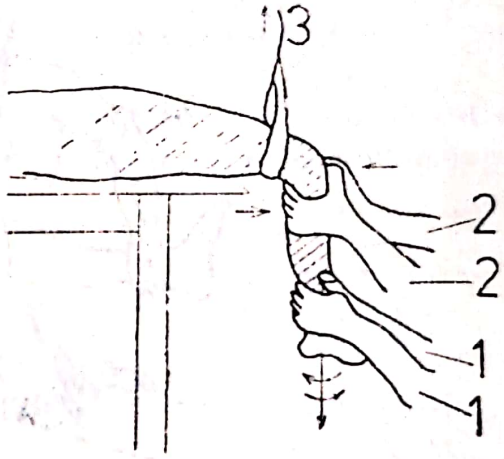


Fig. 251. Poziția de reducere a luxațiilor de genunchi.

Cele mai frecvente luxații sînt cele posterioare și externe. Leziunile, la care ne referim, se complică adesea cu elongații sau compresiuni ale arterei poplitee și cu interpoziții musculare, care le fac ireponibile (fig. 250), motiv pentru care traumatizații se expediază la spital, membrul fiind imobilizat în poziția în care se prezintă la medic.

În cazuri de compresiuni masive, cu oprirea circulației subiacente, care ar putea amenința viabilitatea membrului prin procese ischemice, este bine să se încerce degajarea pachetului vascular, mai ales dacă și

Scanned with OKEN Scanner

transportul este mai lung. Tehnica degajării se realizează în 2 timpi. Bolnavul fiind așezat la marginea mesei, în primul timp se tracționează în jos, pentru relaxarea tendoanelor posterioare, și abia în al doilea timp se situează gamba în axul coapsei (dacă acesta se realizează cu ușurință) (fig. 261).

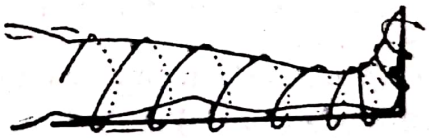
29. LUXAȚIILE GLEZNEI ȘI ARTICULAȚIILOR PICIORULUI

Aceste leziuni posttraumatice se întîlnesc mai rar izolate, ele asociindu-se adesea cu fracturi marginale (fracturi-luxații), ce necesită investigație radiologică înaintea rezolvării definitive. Leziunile, la care ne referim, se tratează numai în servicii de specialitate.

Dacă hematoamele și edemele regionale nu sînt prea mari, deviațiile articulare se evidențiază la inspecție și palpare (deformarea regiunii).

Imobilizarea de urgență constă în așezarea unei atele Cramer (posterioare), cu sau fără „perniță de situație", care să se opună accentuării luxărilor în timpul transportului (fig. 252).

Fig. 252. Schema imobilizării de urgență, în luxațiile de gleznă.



Scanned with OKEN Scanner

BOLI INFECȚIOASE

1. URGENȚE ÎN INFECȚIILE STREPTOCOCICE

1.1. SCARLATINA

Este o boală infecțioasă acută endemo-epidemică, caracterizată printr-un sindrom toxiinfecțios și o erupție generalizată, urmată de descuamație. Agentul patogen este reprezentat de streptococii beta-hemolitici toxigeni, aparținînd grupului A și, în mod excepțional, grupului C (Lancefield).

În infecția streptococică, organismul infectat este expus la acțiunea unui complex de substanțe de natură endo- și exocelulară. Toxina eritrogenă (toxina Dick) se comportă ca o exotoxină și deține de fapt un rol patogen esențial în scarlatină. Îmbolnăvirea conferă imunitate durabilă

1.1.1. FORMA TOXICĂ

Rar întîlnită, poate să aibă debutul unei scarlatine de tip comun, dar, în general, are o incubație mult mai scurtă și un prodrom brutal dominat de fenomene de șoc cu hipertermie (40 °—41 °C), tahicardie, dispnee, cianoză, algiditate, vărsături incoercibile, dureri abdominale, diaree, oligurie, albuminurie, hiperazotemie, hipotensiune arterială, convulsii, delir sau prostrație, comă. Pot apărea fenomene hemoragipare. Angina este redusă, exantemul poate să rămînă o manifestare discretă sau atipică, hipereosinofilia poate să lipsească, fapt care temporizează

Scanned with OKEN Scanner

diagnosticul precoce, atît de necesar în această formă hipergravă de boală. Vindecarea este excepțională, decesul poate să survină brutal în primele 24—48 ore. Tratamentul include administrarea de Penicilină (5 000 000—10 000 000 U.I./24 ore) și măsuri de terapie antișoc (reechilibrare hidroelectrolitică, cortizon, amine presoare etc.). Pot fi utile gammaglobulinele standard și serul antitoxic antiscarlatinos Dick-Dochez (100—200 ml i.m.).

1.1.2. FORMA SEPTICA

Nu mai este un atribut al scarlatinei contemporane, factura sa clinică fiind determinată de complicațiile septice, esențial streptococice. Poate să apară în concurența intervențiilor chirurgicale, a arsurilor septicizate sau la noul-născut. Expresia majoră este septicemia streptococică. Manifestările de șoc sînt intricate vizibil cu manifestări septice exprimate prin angina ulcero-necrotică (difteroidul scarlatinos), rinita purulentă, adenita cervicală cu periadenită și evoluție spre adenoflegmon, infecția secundară, putîndu-se extinde rapid spre cavitățile sinuzale, urechea medie, țesutul mastoidian. Leucocitoză cu polinucleoză neutrofilă. Hemoculturile pot fi pozitive.

Tratamentul etiologic se face cu Penicilină (5 000 000—10 000 000 U.I./24 ore i.m. sau parțial perfuzabilă), la care se adaugă alte antibiotice active (în infecțiile asociate) și măsuri complexe de terapie patogenetică. În formele cu determinări septice circumscrise (otită medie supurată, otomastoidită, sinuzită, adenoflegmon), **tratament chirurgical** și, în primul rînd, asistență otorinolaringologică se impun.

Atît formele toxice, cît și formele toxico-septice de scarlatină impun internarea în spital și tratament în secțiile de reanimare și terapie intensivă.

1.1.3. NEFRITA SCARLATINOASĂ

Este o complicație infecto-alergică (imunologică), care grevează destul de frecvent și scarlatina actuală. Se consideră că numai unele tipuri de streptococi beta-hemolitici grup A sînt nefritogeni (4, 12, 40, 19, 25).

Nefrita precoce oscilează între proteinuria tranzitorie „febrilă" și nefrita interstițială acută, care evoluează cu oligurie, albuminurie moderată, leucociturie, hematurie. Anhipertensivă, nu antrenează fenomene de retenție azotată și este în general rezolutivă.

Nefrita tardivă postscarlatinoasă se instalează după un interval de 2—4 săptămîni de la episodul acut infecțios și realizează tabloul de glo-

Scanned with OKEN Scanner

merulonefrită acută difuză, asociind la manifestările urinare și modificări umorale.

Nefrita interstițială acută răspunde la tratamentul antiinfecțios de care beneficiază, evident, și boala de bază (Penicilina). Glomerulonefrita acută difuză asociază tratamentul etiologic, întotdeauna necesar și durabil (4—6 săptămîni), cu măsuri complexe de terapie patogenitică antiinflamatoare și antiimunoalergică, măsuri de reechilibrare hidro-electrolitică și acido-bazică, combaterea tulburărilor circulatorii și a edemului cerebral, prevenind, în măsura în care acest lucru este posibil, instalarea sindromului de insuficiență renală acută (anurie, uremie) sau temporizarea inoportună a procesului de vindecare și evoluția cronicizantă (glomerulonefrita difuză cronică).

1.2. ERIZIPELUL

Este o inflamație circumscrisă acută a tegumentelor sau a mucoaselor, caracterizată printr-un placard de tip special și semne generale de infecție. Agentul patogen este o varietate de streptococ hemolitic. Imunitatea este de scurtă durată, recidivele sînt frecvente.

1.2.1. FORMA SUPURATĂ

Înglobează formele cu complicații septice locale sau la distanță. În era preantibiotică a fost un atribuit frecvent al erizipelului chirurgical, în mod curent localizat la membre și trunchi, grefîndu-se pe o plagă operatorie, pe o leziune traumatică sau în ulcer. Terenul are rol precumpănitor (diabet, alcoolism cronic). În formele localizate, la nivelul membrelor inferioare mai ales apar abcese intradermice multiple cu evoluție subacută, dispuse sub placardul erizipelos. În zonele cu țesut celular lax, complicațiile supurative pot să apară sub forma unui flegmon subcutanat superficial (erizipelul flegmonos). În ambele forme clinice, limfangita este un atribut comun.

Septicemia erizipelatoasă este excepțională, dar formele complicate nu exclud manifestări la distanță (pleurezia purulentă, glomerulonefrita). Simptomatologia generală este gravă, caracteristică fiind evoluția hiperpiretică (40—41 °C), bolnavul este obnubilat, buzele sînt acoperite de fuliginozități, limba este uscată sau prăjită, apar semne de miocardită acută și de insuficiență circulatorie periferică (tahicardie, hipotensiune arterială), manifestări digestive (diaree profuză) și neurologice (stare de prostrație, delir). În forma bilioasă, hepatomegalie dureroasă, icter (la alcoolici). Tratamentul cu antibiotice este decisiv ; antibioticul de elecție este Penicilina : 10 000 000—20 000 000 U.I./

Scanned with OKEN Scanner

24 ore timp de 10—14 zile, la care pot fi adăugate, selectiv, și alte antibiotice (în infecția asociată) și măsuri complexe de terapie patogenă și chirurgicală.

1.2.2. FORMA GANGRENOASĂ

Diferențiază erizipelul gangrenos primitiv și erizipelul gangrenos secundar sau tardiv. Erizipelul gangrenos este considerat primitiv atunci cînd placardul erizipelatos se localizează în regiuni în care țesutul celular subcutanat se lasă mult destins prin serozitatea de edem (pleoape, scrot). Este vorba de o ischemie mecanică a tegumentelor prin comprimarea vaselor hrănitoare. Se produce o escară superficială, care se detașează lăsînd pierdere de substanță. Erizipelul gangrenos consecutiv (secundar sau tardiv) apare mai tîrziu în decursul evoluției bolii, mai frecvent la nivelul membrelor sau la femeie în porțiunea superioară a coapsei, prin contaminare secundară cu germeni de la nivelul căilor genitale. Placa erizipelatoasă, la început, de aspect banal se acoperă cu flictene voluminoase ; acestea se sparg lăsînd să se scurgă o serozitate care devine fetidă. Se produc, de asemenea, ulcerații care progresează în profunzime atingînd planul muscular, disecînd nervii și vasele, sfacelînd țesuturile care se elimină.

Forma secundară a erizipelului gangrenos se însoțește de manifestări generale grave și are prognostic rezervat. În caz de vindecare, perioada de reparație este lungă și se soldează cu întinse pierderi de substanță.

Tratamentul chirurgical, care asigură debridarea țesuturilor devitalizate și drenaj, este asociat cu administrarea de antibiotice (penicilină, gentamicină) și ser antigangrenos polivalent. Cazuistica necesită măsuri de terapie intensivă de deșocare și reechilibrare hidroelectrolitică. În cazurile cu hemoliză intensă și anemie consecutivă pot fi luate în discuție și transfuziile de sînge.

2. URGENȚE ÎN INFECȚIILE RESPIRATORII ACUTE

2.1. RUJEOLA

Este o boală infecto-contagioasă endemo-epidemică, caracterizată prin manifestări catarale urmate de instalarea unui exantem cutanat cu evoluție etapizată, descendentă și pigmentație consecutivă. Semnul

Koplik este patognomonic, apare la sfîrşitul perioadei de invazie, între a 2-a şi a 4-a zi de boală. Agentul patogen este un virus filtrabil (Paramyxoviridae). Boala conferă imunitate durabilă. Există disponibilităţi eficiente de vaccinare antirujeolică.

2.1.1. BRONHOPNEUMONIA POSTRUJEOLICĂ

Complicaţie frecventă şi de temut, este una din cauzele principale de deces în rujeola la sugar. Simptomatologia se exprimă prin hipertermie (40°—41 °C), dispnee, tuse, cianoză, tahicardie, agitaţie sau adinamie. În ambii plămîni apar microfocare bronhopneumonice diseminate, care se pot grupa generînd o bronhopneumonie pseudolobară. În perioada cataralâ sînt descrise forme asfixice, supraacute, la sugarul handicapat (bronşita capilară).

Arsenalul terapeutic modern a ameliorat considerabil prognosticul vital. Tratamentul impune administrarea selectivă de antibiotice asociate (Penicilină, Ampicilină+Kanamicină), analeptice cardiovasculare, cortizon. Schemele includ, deopotrivă, măsuri de reanimare respiratorie (intubaţie cu drenaj, oxigenoterapie), reechilibrarea hidroelectrolitică şi acido-bazică.

2.1.2. NEVRAXITA RUJEOLICĂ

Este excepţional de gravă, dar rară (1/1 000). Forma principală de manifestare este encefalita (meningoencefalita, meningoencefalomielita). În alternativa cu encelopatia circulatorie (encefalita congestivă hemoragică), sindromul cerebral acut în rujeolă are un substrat anatomopatologic distinct, caracterizat prin infiltraţie microglială şi limfoplasmocitoză perivasculară, cu demielinizare predominantă în substanţa albă (leucoencefalita perivenoasă demielinizantă). Complicaţia se instalează mai frecvent între a 4-a şi a 10-a zi de boală, şi se manifestă prin convulsii localizate sau generalizate, agitaţie, delir, tulburări neurovegetative.

În formele grave apare coma şi alte manifestări neurologice (monoplegie, hemiplegie, semne extrapiramidale, paralizii de nervi cranieni, tulburări sfincteriene etc.). Prognosticul este grav, letalitatea oscilează între 10—30%, există perspectiva sechelarităţii (10—20%).

Tratamentul cu antibiotice (în scop protectiv) şi cortizon este inclus într-un program complex de terapie intensivă. În faza acută, se combat energic tulburările de permeabilitate şi, în primul rînd, hemo-

Scanned with OKEN Scanner

ragia și edemul cerebral. Terapia antialergică este inegal efectivă. Complicațiile neurologice impun măsuri de control și dispensarizarea activă neuropsihiatrică, în convalescența imediată și tardivă.

2.2. RUBEOLA

Este o boală infecțioasă epidemică, caracterizată printr-un exantem polimorf și adenopatie localizată (occipito-cervicală) sau generalizată. Încadrată clasic în grupul febrelor eruptive minore, boala are o actualitate distinctă prin rubeola materno-fetală. Profilaxia specifică, stimulată de riscul teratogen, a elaborat un vaccin antirubeolos (vaccinare selectivă).

2.2.1. RUBEOLA MATERNO-FETALĂ

Afinitatea virusului rubeolos pentru țesuturile embrionare se exprimă prin tulburări în organogeneză, care duc la apariția de malformații congenitale. Acest risc este de 50—80% în primele 3 luni de sarcină. În ordine, au fost observate : microcefalie, surditate, malformații cardiace, cataractă ș.a. Alte semne depistabile la noul-născut : purpura trombopenică, anemia hemolitică, icter cu hepatosplenomegalie, transparență osoasă anormală la nivelul metafizelor femurale și tibiale. Infecția intranatală nu este exclusă nici la noul-născut, aparent sănătos, provenit de la o mamă care a făcut rubeolă în primele luni de sarcină. Etiologia rubeolică se confirmă prin izolarea virusului din placentă, lichid amniotic etc., prin testul de hemaglutinoinhibare.

Profilaxia rubeolei materno-fetale este realizată prin administrarea de gamaglobuline (eficacitate nesigură) sau vaccin antirubeolos. Legislația autohtonă tolerează întreruperea medicală a cursului sarcinii.

2.3. VARICELA

Este o boală infecto-contagioasă, epidemică, benignă, caracterizată printr-un exantem veziculos sau papulo-veziculos polimorf cu fenomene infecțioase atenuate.

Scanned with OKEN Scanner

2.3.1. VARICELA SUPRAINFECTATĂ

Apare ca o consecință a infecției secundare a leziunilor cutanate (abcese, impetigo, gangrenă) sau a mucoaselor (stomatite, conjunctivite, laringite cu fenomene de obstrucție laringiană, vulvo-vaginite). Mai pot apărea otite supurate, complicații bronhopulmonare, septicemii, nefrite. A fost semnalată evoluția gravă a cazurilor de varicelă supuse terapiei cortizonice înainte de contaminare sau în perioada de incubație. Antibioticele pot fi administrate pentru profilaxia infecției secundare, în special în varicele la sugar și copilul mic, dar indicația lor majoră o fac complicațiile supurative.

2.3.2. NEVRAXITA VARICELOASĂ

Sintetizează complicațiile nervoase care pot să apară între a 5-a și a 15-a zi de boală. Au fost descrise cerebelita variceloasă, izolată sau asociată cu alte manifestări encefalitice (meningoencefalite, mielite, nevrite etc.). Mecanismul imunoalergic motivează în acest caz administrarea de cortizon, la care se adaugă măsurile clasice de terapie intensivă.

2.4. GRIPA

Este o boală infecțioasă acută, epidemică și pandemică, caracterizată prin debut brusc și evoluție ciclică de scurtă durată, exprimată prin manifestări de intoxicații generale și catar al căilor respiratorii superioare. Este cea mai masivă dintre infecțiile contemporane. Sînt incriminate trei subtipuri de virus gripal (A, B, C). Subtipul A însumează multiple variante antigenice : A_0 (H_0N_1), A_1 (H_1N_1), A_2 (H_2N_2, H_3N_2). Boala conferă o imunitate specifică certă de scurtă durată.

2.4.1. FORMA TOXICĂ

În structura epidemiilor sînt descrise forme grave, toxice și hipertoxice, cu evoluție fulgerătoare și moarte subită. Debut brusc, cu alterarea rapidă a stării generale, facies „gripat", anoftalmie, dispnee, tuse seacă, hemoptizii repetate sau alte manifestări hemoragice periferice sau viscerale, carfologie, contracții musculare, delir nocturn. Tahicardie, hipotensiune arterială. Pot apărea fenomene de condensare pulmonară și există riscul instalării edemului pulmonar acut ireductibil (gripa asfixică). Tratamentul implică măsuri de reanimare și terapie intensivă.

Scanned with OKEN Scanner

Coexistența sau perspectiva complicațiilor bacteriene, a infecției stafilococice, în special, reclamă administrarea de antibiotice asociate, cortizon, oxigenoterapie, eventual traheostomie și respirație asistată.

2.4.2. PNEUMONIA GRIPALĂ (BRONHOPNEUMONIA)

Definește esențial gripa complicată, formele în care predomină simptomatologia infecției secundare. Manifestările catarale, mult mai exprimate, asociază focare unice sau multiple de condensare pulmonară. În formele nedepistate sau insuficient tratate nu este exclusă supurația pulmonară consecutivă (abces pulmonar, bronșiectazie, empiem).

Tratamentul impune o antibioterapie energică și selectivă (Ampicilină+Kanamicină sau Gentamicină), tonicardiace, oxigenoterapie.

2.4.3. ENCEFALOPATIA GRIPALĂ

Se instalează precoce și brutal, exteriorizîndu-se clinic prin hiperpirexie, agitație, delir convulsiv localizat sau generalizat, comă. Au prognostic rezervat formele care asociază ramolismentul sau hemoragia cerebrală. Sînt descrise psihoze postgripale, în general curabile.

Tratamentul implică măsuri energice de reanimare și terapie intensivă, avînd ca obiectiv principal combaterea edemului cerebral, restabilirea și menținerea permiabilității căilor respiratorii superioare (eventual traheostomie și respirație asistată), reechilibrare hidroelectrolitică și acido-bazică, combaterea infecției secundare. Corticoterapia, administrarea de sedative și analeptice, antibioterapia preventivă nu pot să lipsească din schemele de tratament uzuale.

2.4.4. FORMELE GRAVE

La indivizi cu risc crescut, aduc în prim plan interrelația clasică cu grupele de vîrstă. Un alt atribut corelabil : anergia gripală. Gripa complicată este semnalată mai frecvent la copilul mic, în mod particular la sugarul handicapat și la vîrstele înaintate, la care realizează și cel mai ridicat indice de letalitate. Elemente certe de agravare oferă patologia morbidă preexistentă sau unele boli asociate. În acest grup intră bolile imunodeficitare, mucoviscidoza, bolile cardiovasculare, renale, tuberculoza, diabetul, sarcina. În epidemiile de gripă, indivizii cu risc crescut impun o supraveghere individualizată și măsuri de protecție antiepide-

Scanned with OKEN Scanner

mică (izolare, vaccinare antigripală etc.). Este justificată administrarea antibioticelor în scop preventiv, dar schemele de tratament impun, de la caz la caz, şi alte măsuri de asistenţă specializată.

2.5. PNEUMONIILE ACUTE NESUPURATIVE

2.5.1. PNEUMONIILE VIRALE

Numeroşi agenţi virali, incluzînd aici virusurile gripale, adenovirusurile, virusul rujeolos, virus varicelos etc., pot cauza o pneumonie primară (bronhopneumonie), atît la copil cît şi la adult.

Virusurile paragripale şi virusul sinciţial respirator pot genera pneumonii grave la sugar şi copilul mic, dar foarte rar pot fi incriminate la adult. Citomegalovirusurile sînt incriminate, preponderent, în etiologia pneumoniilor grave la imuno-deficitari, la cei care fac terapie imunosupresivă pentru transplant de organ sau boli maligne. Morbiditatea şi mortalitatea variază în funcţie de agentul viral, de vîrstă şi condiţia fizică a organismului gazdă în momentul în care s-a produs infecţia.

Modificările histo-radiologice sînt de pneumonie interstiţială, dar ele pot fi amplificate de infecţiile bacteriene asociate (pneumonia bacteriană). Diagnosticul etiologic este dependent de laborator, dar indicaţii de mare certitudine oferă şi boala primară atunci cînd precede sau apare concurent (rujeolă, varicelă etc.).

Pneumoniile virale nu răspund la antibiotice. În formele mixte, ca şi în pneumoniile interstiţiale virotice la sugar tratamentul cu antibiotice devine oportun.

2.5.2. PNEUMONIA CU M. PNEUMONIAE (PNEUMONIA ATIPICĂ PRIMARĂ)

Este o pneumonie de tip interstiţial, cauzată de Mycoplasma pneumoniae. Evoluţia este rezolutivă, cazuri letale sînt raportate în mod cu totul izolat. Reacţia de aglutinare la rece permite, în mod rezonabil, o formulare de diagnostic, dar testul nu are specificitate.

Diagnosticul de certitudine se face prin izolarea M. pneumoniae din spută şi secreţiile faringiene şi prin teste seroimunologice specifice. În formele grave se recomandă Tetraciclină timp de 5—7 zile.

Scanned with OKEN Scanner

2.5.3. ORNITOZA

Este o antropozoonoză, cauzată de Bedsonia ornithosis și care determină la om o pneumonie de tip interstițial. Sursa de infecție și rezervorul de virus sînt reprezentate de numeroase specii de păsări și mamifere, dintre care majoritatea o constituie varietățile de papagali (psittacine). La om, boala cunoaște o mare diversitate de forme clinice, dominante fiind formele pulmonare (ornitoza pulmonară), manifestate prin procese infiltrative interstițiale.

Simptomatologia radio-clinică grupează : forme hilare (40%), forme parenchimatoase (infiltrate pneumonice unice sau multiple segmentare, zonale sau densificări lobare) și forme diseminate (rare). Mai sînt descrise : forma pseudogripală și forma tifoidică, aceasta cu manifestări nervoase și determinări poliviscerale (icter, semne de suferință cardio-circulatorie). Sînt posibile recidive, complicații cardiace, vasculare, renale.

Diagnosticul de laborator se bazează, în special, pe reacția fixării de complement și, mai rar, pe izolarea agentului patogen.

Tratamentul se face cu Tetraciclină timp de 10—14 zile.

2.5.4. FEBRA Q

Este o rickettsioză pulmonară (tifos pulmonar), epidemiologic încadrată în antropozoonoze, rezervorul de virus în natură fiind asigurat de rozătoare și numeroase specii de animale sălbatice și domestice. Sursa de infecție pentru om este reprezentată, mai ales, de animalele domestice : vaci, oi, capre, care elimină rickettsiile prin lapte, urină, fecale, lichide amniotice, placentă. Boala are un pregnant caracter profesional, fiind semnalată la veterinari, zootehnicieni, în abatoare. Agentul patogen este Coxiella burnetti (rickettsia burnetti). Calea de răspîndire este aerogenă, prin inhalarea prafului rickettsifor și prin consumul de lapte nefiert, mai rar prin consumul de alte alimente. Infecția prin înțepătură de căpușe este excepțional de rară.

Din punct de vedere clinic, caracteristice sînt formele cu determinări pulmonare care realizează imagini de pneumonie atipică, interstițială, pneumonia fiind uneori o descoperire radiologică. Există o discrepanță între modificările auscultatorice, discrete și simptomatologia radiologică, evidentă. Sînt descrise și forme gripale, tifice, nervoase. Prognosticul este bun, rareori se semnalează supurații pulmonare, consecutive sau patologie cardiovasculară.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul de confirmare etiologică se face prin determinarea dinamică a titrului anticorpilor fixatori de complement și a aglutininelor față de agentul rickettsian. Testul cutanat (intradermoreacția) reprezintă un test cu valoare epidemiologică retrospectivă.

Tratamentul este complex, individualizat ; se face cu Cloramfenicol, Tetraciclină 1—3 g/zi, timp de 7—10 zile.

2.6. DIFTERIA

Este o boală acută infecțioasă și contagioasă cauzată de b. difteric (Corynebacterium diphteriae), care se localizează în mod obișnuit în rinofaringe sau laringe, producînd la acel nivel o inflamație fibrinoasă — pseudomembranară și la distanță simptome generate de absorbția și difuziunea toxinei (exotoxină) în organism. Difuziunea exotoxinei realizează o intoxicație cu afinitate particulară pentru țesutul nervos, miocard, glanda suprarenală, rinichi.

La noi, morbiditatea a avut în ultimele decenii o curbă constant descendentă, datorită aplicării pe scară largă a programului de vaccinări, ajungînd în 1976 la zero, plasînd astfel România printre țările în care difteria este eradicată.

2.6.1. DIFTERIA FARINGIANĂ – FORMA TOXICA

Bine individualizată, angina malignă asociază semne de intoxicație generală gravă cu un aspect local sever. Angina poate fi gravă de la început sau, mai ales, malignitatea sancționează întîrzierea și insuficiența seroterapiei.

Aspectul bolnavului este impresionant ; febră în general ridicată, paloare intensă, extremități reci, cianotice, puls rapid, tensiunea arterială prăbușită, oligurie, proteinurie.

Aspectul local este caracteristic : halenă fetidă, examenul pune în evidență false membrane care îmbracă amigdalele, pilierii, lueta, de culoare gri murdară, uneori hemoragice ; falsele membrane degajă un miros neplăcut. Adenopatia regională voluminoasă, asociată cu un edem al țesutului celular subcutanat cervical, care se poate întinde pînă subclaviculă (forma toxică gradul III), realizează aspectul clasic de gît proconsular. În varianta hipertoxică boala are, în decurs de 1—3 zile, o evoluție letală de 100%.

Tratamentul de bază îl constituie seroterapia, serul antidifteric, administrat pe cale intramusculară, în doze care variază între 20 000—80 000 U în formele maligne și în doze de 10 000—20 000 U în formele

Scanned with OKEN Scanner

comune. Deşi n-au activitate antitoxică dar sînt active faţă de bacilul difteric, Penicilina şi Eritromicina se asociază la seroterapie. Dacă în formele uşoare serul antidifteric apare suficient, în anginele grave, maligne, repausul absolut la pat este obligatoriu, alimentaţia trebuie să fie facilă la înghiţit, apare necesitatea utilizării tonicelor cardiace şi vasculare, a vitaminelor şi a preparatelor cortizonice (acţiune asupra sindromului toxic infecţios).

2.6.2. MIOCARDITA DIFTERICĂ

Manifestările cardiovasculare sînt relativ frecvente. În cazurile de difterie comună, tulburările se limitează la existenţa unei tahicardii, electrocardiograma relevă existenţa unei anomalii limitate la unda T într-o proporţie evaluată de 18%. În difteria malignă, manifestările devin intense şi se accentuează paralel cu gradul intoxicaţiei difterice.

Tabloul clinic semnalează tahicardie, tensiune arterială scăzută, zgomote cardiace asurzite, apariţia unor sufluri funcţionale, ritm fetal, zgomot în galop care definesc manifestările cardiace şi se însoţesc de modificări nete ale ECG (modificări ale intervalului QRS, alterări ale undei T, tulburări de conducere atrioventriculară, fibrilaţia ventriculară). Tulburările dispar lent, în cîteva luni.

2.6.3. COMPLICAŢII NERVOASE

Paraliziile difterice, consecinţa acţiunii patogene a exotoxinei, pot fi precoce, ele apărînd între a 7-a şi a 14-a zi, sau tardive, momentul apariţiei inserîndu-se după a 30-a zi de boală. Sînt mai frecvent întîlnite în formele grave de boală şi în cele tratate tardiv sau nediagnosticate.

Dintre paraliziile precoce, cea mai frecventă este paralizia vălului palatin (50%). Simptomatologia evocatoare semnalează refluxul lichidelor pe nas şi vocea nasonată. Paraliziile oculare se manifestă, mai des, prin paralizia acomodaţiei şi excepţional ptoza palpebrală, strabism sau diplopie.

Ca o manifestare tardivă, a unei complicaţii nervoase, se înscrie paralizia membrelor inferioare care sînt flasce, incomplete nu se acompaniază de atrofie musculară. Mai rar paraliziile difterice iau o formă generalizată (coloana vertebrală, muşchi intercostali, abdominali).

Scanned with OKEN Scanner

2.6.4. DIFTERIA LARINGIANĂ, CRUPUL DIFTERIC

Urmează ca frecvență (20%) difteriei faringiene. Localizarea procesului infecțios la nivelul laringelui poate fi primară, ca o primă manifestare a bolii, dar este mai ales secundară, consecința unei angine difterice comune sau unei difterii toxice maligne.

Evoluția marchează trei etape :

1. perioada disfonică are ca semn distinctiv modificări ale vocii și tusea, care culminează cu instalarea afoniei ;

2. perioada dispneică caracterizată prin tiraj și cornaj (datorită prezenței falselor membrane la nivelul corzilor vocale pe epiglotă și pe mucoasa laringiană), asociată cu edem ;

3. perioada asfixică — cu accentuarea dispneii și a stării de intoxicație, fenomene care pot duce la exitus.

Rară, astăzi, **tratamentul** necesită intubație sau traheostomie, pe lîngă seroterapie și antibioterapie.

2.7. TUSEA CONVULSIVĂ

Este o boală infecto-contagioasă acută, endemo-epidemică, caracterizată prin catar al căilor respiratorii și tuse spastică. Agentul patogen al tusei convulsive este bacilul Bordet-Geugou (Bordetella pertussis) și face parte din genul Bordetella, împreună cu B. parapertussis și B. bronchiseptica.

Simptomatologia clinică, în forma ei clasică, grupează trei semne caracteristice : tusea (expirația forțată), repriza (inspirația lungă, șuierătoare) și expectorația (transparentă, sticloasă). La sugar și la apariția unei complicații respiratorii, repriza poate lipsi. Modificările hematologice care apar în cursul bolii, deosebit de frecvente dar nu constante, prezintă o valoare mare diagnostică și constau din leucocitoză și limfocitoză de 60—90%.

2.7.1. FORMA COMPLICATĂ

Complicațiile modifică simptomatologia și evoluția tusei convulsive, boala putînd lua, uneori, aspecte grave, caracterizate prin insuficiență respiratorie și circulatorie și determină prognosticul rezervat atît imediat, cît și tardiv.

Scanned with OKEN Scanner

2.7.2. BRONHOPNEUMONIA PERTUSSIS

A constituit complicația cea mai gravă și mai frecventă a tusei convulsive în epoca preantibiotică. Apare mai frecvent în sezoanele reci și la copii tarați (distrofici, rahitici). Boala se instalează prin ascensiune febrilă și, ca semne particulare, apar modificarea tusei și a expectorației. Tusea își pierde caracterul chintos, iar expectorația devine purulentă. Respirația este dispneică, superficială, uneori cu tiraj, cianoză, bătăi ale aripilor nasului. Terapia modernă, cu antibiotice, a redus riscul spre evoluție letală, tratamentul necesită asocieri de antibiotice (Penicilină, Ampicilină+ Kanamicină sau altele), analeptice cardiovasculare, preparate cortizonice, oxigenoterapie.

Bronhopneumonia supraacută (bronșita capilară) este deosebit de gravă și mai frecvent întîlnită la sugar. Sfîrșitul letal este frecvent în criză de asfixie sau comă.

2.7.3. ENCEFALITA PERTUSSIS

Rămîne cea mai gravă și mai letală complicație a tusei convulsive. Debutul este insidios, bolnavul devine agitat sau somnolent, indispus, plîngăreț, este febril. La scurt interval apar convulsiile generalizate cu pierderea conștiinței. Uneori convulsiile sînt subintrante, bolnavul putind sucomba într-una din aceste crize, alteori ajunge în comă letală. Evoluția include posibilitatea sechelelor neurologice sau neuropsihice (paralizii, întîrzieri în dezvoltarea fizică și intelectuală, epilepsie).

Letalitatea apreciată altădată la 70—80%, după antibioterapie (preventivă) corticoterapie și neuroplegice s-a redus sub 30%.

2.8. MONONUCLEOZA INFECȚIOASĂ

Este o boală infecțioasă acută, cu apariție sporadică sau epidemică, caracterizată clinic prin febră, angină și adenopatie, hematologic prin leucocitoză, mononucleoză cu apariția de celule atipice, iar serologic prin prezența de anticorpi heterofili față de hematiile de berbec și anticorpi specifici față de virusul Epstein-Barr. Etiologia bolii a fost elucidată în ultimul timp, agentul cauzal fiind un virus din grupul herpes, larg răspîndit la om, virusul Epstein-Barr, identic cu agentul cauzal al limfomului Burkitt și a carcinomului nazofaringian. Simptomatologia clinică asociază, febrei, angina (eritematoasă, pultacee, pseudomembranoasă), ade-

Scanned with OKEN Scanner

nopatia (cervicală, submaxilară, axilară), splenomegalia. Inconstant pot apărea erupții tegumentare (congestive, peteșiale), icter.

Modificările hematologice esențiale pentru diagnostic se caracterizează prin leucocitoză (uneori aspect leucemoid), limfocitoză (50—60—80%), mononucleoză și prezența de limfocite atipice. Boala nu se însoțește de anemie și trombocitopenie.

Anticorpii heterofili, puși în evidență prin reacția Paul-Bunnell, se completează cu reacții serologice specifice față de virusul Epstein-Barr (RFC, imunofluorescență).

Evoluția bolii este favorabilă, fără complicații. Se descriu totuși :

1) hepatită acută (hepatită virală), cu sau fără icter, cu toate atributele clinice și paraclinice ale suferinței hepatice ;

2) pneumonii interstițiale ;

3) manifestări neurologice, care includ meningita sau meningoencefalita ;

4) complicații hematologice, manifestate prin anemie hemolitică, agranulocitoză. Rar se descriu : edemul pulmonar, ruptură de splină.

Tratamentul nespecific se adresează combaterii suprainfecțiilor bacteriene (antibiotice), asocierea corticoterapiei în formele severe, la medicație simptomatică.

2.9. PAROTIDITA EPIDEMICĂ

Este o boală infecțioasă, epidemică, cauzată de un virus cu afinitate pentru sistemul nervos și parenchimul glandular (glande salivare, glanda testiculară etc.).

Clinic — avînd în vedere localizarea cea mai frecventă — este definită ca o parotidită dublă nesupurativă. Vindecarea se produce în 2—3 săptămîni, inflamația nu evoluează niciodată spre supurație, boala conferă imunitate durabilă. Se manifestă sub formă de epidemii, mai ales în colectivități de tineri.

2.9.1. FORMA COMPLICATĂ

Complicațiile sînt datorate virusului urlian. Orice determinări în afara glandelor salivare sînt etichetate drept complicații glandulare extrasalivare, complicații nervoase și alte complicații glandulare : orhita, ovarita, tiroidita, suprarenalita, mastita, bartolinita. Se descriu complicații și la nivelul altor organe sau sisteme, cum sînt : miocardita, nefrita, cheratita, irita, iridociclita.

Scanned with OKEN Scanner

2.9.2. ORHITA URLIANĂ

Are o frecvență de 20%, apare la adolescenți la sfirșitul perioadei de stare ; se anunță prin febră („febra testiculară Morton"), alterarea stării generale, indispoziție, agitație, insomnie, tumefierea uni- sau bilaterală a testiculelor cu edem scrotal și iradierea durerilor în zonele învecinate. Evoluează spre vindecare în 1—2 săptămîni, iar ca urmări se descriu : azoospermie sau discrinii (ginecomastii, impotență, psihastenie etc.). Complicația beneficiază de corticoterapie, antitermice, antialgice.

2.9.3. PANCREATITA URLIANĂ

Debutează brusc prin hipertermie, dureri epigastrice în bară însoțite de contractură, vărsături, diaree, stare generală alterată. Evoluția poate decurge și insidios, putînd fi apreciată numai pe baza investigațiilor funcționale. Sînt descrise și cazuri de diabet consecutiv infecției urliene.

2.9.4. NEVRAXITA URLIANĂ

Complicațiile nervoase cuprinse în termenul de nevraxită asociază determinări neurologice corticale, mezoencefalite sau ale sistemului nervos periferic. Cea mai frecventă este meningita urliană, a cărei frecvență poate ajunge la 25% din îmbolnăviri. Survine înaintea tumefacției parotidiene (foarte rar), în plină perioadă de stare sau în convalescență. Obișnuit, debutul este brusc, cu febră, cefalee, vărsături și semne de iritație meningeală. Evoluția este scurtă (2—3 zile), rezolutivă. Se descrie, în ultimul timp, **labirintita urliană** cu tulburări auditive, ce evoluează cu simptomatologie meningeală.

3. URGENȚE ÎN INFECȚIILE DIGESTIVE

3.1. FEBRA TIFOIDĂ

Este o boală infecto-contagioasă acută, epidemică, cauzată de bacilul tific (S. typhi) și caracterizată printr-o curbă febrilă tipică, tulburări psiho-nervoase, tulburări digestive, splenomegalie, erupție cutanată.

Scanned with OKEN Scanner

Agentul patogen este Salmonella typhi — bacil gram negativ cu o structură antigenică complexă. Se deosebesc antigene somatice (O), antigene flagilare (H) și antigenul de suprafață (VI). Antigenul VI ar orienta asupra procesului de imunitate posttifică, în timp ce fenomenele de aglutinare față de antigenele O și H sînt acceptate ca fenomene de infecție și stau la baza serodiagnosticului Widal. Bacilul tific este sensibil la Cloramfenicol, Clortetraciclină, Oxitetraciclină. Au fost semnalate tulpini de S. typhi rezistente in vitro la Cloramfenicol, dar rezultatele terapeutice nu sînt afectate. Este sensibil și la penicilinele semisintetice (Ampicilină). În organism, după pătrunderea pe cale digestivă și revărsare în circulația sanguină, prin fenomenul de liză bacteriană, este pusă în libertate toxina (endotoxina), care difuzînd în circulația sanguină realizează intoxicația scoarței cerebrale și a formațiunilor vegetative diencefalice. Endotoxina tifică are un rol dominant în patogenia febrei tifoide prin acțiunea ei neurotropă, leucopenizantă și de inhibiție a măduvei hematoformatoare. Acțiunea viscerotropă (Reilly) este secundară prin leziunile vasculare generate de endotoxină, prin intermediul sistemului nervos neuro-vegetativ.

3.1.1. FORMA GRAVĂ CU ȘOC

Fixarea endotoxinelor pe sistemul nervos și neurovegetativ, prin liză brutală și masivă, stă la baza ansamblului de semne evocatoare pentru definirea acestei forme. Febra este ridicată, valorile atingînd 40—41°, manifestările nervoase traduc o atingere profundă a sistemului nervos central. Bolnavul este adinamic, prezintă delir, agitație sau prostrație, stupoare tifică, mișcări dezordonate — carfologie —, dischinezie fibrilară. Pulsul este rapid, moale, tensiunea arterială prăbușită.

Tulburările digestive se manifestă prin modificări ale mucoasei bucale și tulburări de tranzit intestinal. Mucoasa bucală și gingivală uscată, sîngerîndă, acoperită de fulginozități, limba este prăjită (limba de papagal), abdomenul este meteorizat, scaunele sînt diareice, frecvente și accentuează deshidratarea. Pot apărea fenomene de discrazie sanguină (purpură hemoragică). Letalitatea este mare.

Terapia etiotropă (Cloramfenicol 1—1,5 g/24 ore, Ampicilină 2—6 g/24 ore) asociază obligatoriu corticoterapia (efect antitoxic), reechilibrarea hidroelectrolitică, acido-bazică, medicația sedativă și simptomatică.

Scanned with OKEN Scanner

3.1.2. MIOCARDITA TIFICĂ

Este o complicație a perioadei de stare, care are un prognostic imediat rezervat, dar este în general rezolutivă, nesechelară. Se manifestă clinic prin zgomote asurzite, sufluri orificiale ritm de galop, tahicardie, hipotensiune arterială. În mod excepțional pot apărea accidente sincopale sau semne de decompensare cardiocirculatorie. De cele mai multe ori însă, miocardita trece neobservată clinic, dar cu modificări electrocardiografice patologice. Este vorba de alterarea fazei secundare a complexului ventricular. Unda T apare aplatizată, rar izoelectrică sau negativă. Aceste tulburări apar în 60—80% din cazuri și sînt în general reversibile.

3.1.3. HEMORAGIA INTESTINALĂ

Este o complicație a perioadei de stare, astăzi rar întîlnită. Simptomatologia este în funcție de cantitatea de sînge pierdut. În hemoragiile moderate ,diagnosticul se impune prin prezența de sînge în scaun, fie sub formă digerată cu aspect de păcură (melenă), fie sub formă de sînge roșu sau cheaguri. În enteroragiile abundente și repetate, sîngele eliminat nu este modificat ca aspect ; bolnavul este palid, acuză vertij, prezintă polipnee, lipotimie. Temperatura scade brusc, ca să revină la scurt timp la valorile inițiale, pulsul devine tahicardic, slab imperceptibil, tensiunea arterială se prăbușește. Letalitatea, în trecut mare (30—40%), este astăzi mult ameliorată prin transfuziile de sînge, esențiale în această complicație.

3.1.4. PERFORAȚIA INTESTINALĂ

Este cea mai gravă complicație a febrei tifoide. Frecvența, evaluată la 2—3%, a devenit astăzi excepțională. Se poate instala brusc cu durere în „lovitură de pumnal" și contractură abdominală generalizată, realizînd un abdomen acut chirurgical. În acest caz, febra scade, bolnavul este anxios, are vocea stinsă, extremitățile reci. Apar precoce semne de peritonită generalizată ; grețuri, vărsături biliare, diminuarea sau sporirea evacuării scaunelor, anurie, sughiț. Meteorismul se accentuează treptat, matitatea hepatică dispare. Bolnavul prezintă tahicardie, hipotensiune arterială. Mai frecvent, și în mod deosebit, la bolnavii cu stare tifică pronunțată, perforația este oligosimptomatică sau chiar mută (peritonită astenică).

Perforația intestinală impune repaus absolut la pat, pungă cu gheață pe abdomen, măsuri energice de terapie intensivă. Tratamentul de urgență este reprezentat de intervenția chirurgicală.

Scanned with OKEN Scanner

3.2. TOXIINFECȚIILE ALIMENTARE

Sînt boli infecțioase acute, sporadice sau epidemice, care apar consecutiv ingerării de produse alimentare contaminate cu bacterii și/sau cu toxinele acestora. Clinic se caracterizează prin tulburări digestive acute și fenomene toxice generale.

În etiologia infecțiilor digestive acute mai frecvent sînt menționați germeni din familia : 1) Enterobacteriaceae, cu genurile Escherichia, Salmonella, Shigella, Enterobacter ; 2) Stafilococi enterotoxici ; 3) Streptococi toxigeni ; 4) Clostidrii (Cl. botulinum, Cl. Welchii ș.a.). În etiologia infecțiilor digestive mai sînt incriminate virusuri (de exemplu, Coxsackie A_{12} A_{20} B_2, ECHO 2, 9, 11, 16, polio tip II), protozoare : Entamoeba dysenteriae, Balantidiu coli, Giardia și fungi patogeni.

Cele mai frecvente îmbolnăviri de toxiinfecții alimentare sînt cauzate de agenți patogeni din genul Salmonella, care se manifestă fie sub forma unei gastroenterite acute, fie, mai rar, sub forma unei septicemii cu sau fără localizări. Serotipurile cele mai des întîlnite : S. typhimurium (60—70%), S. enteritidis (10%), S. Cholerae suis ; urmează ca frecvență : S. anatum, S. derby, S. essen, S. meleagridis, S. brandeburg ș.a.

Diversitatea manifestărilor clinice derivă din etiologia polivalentă a toxiinfecțiilor, formele clinice fiind condiționate de gradul diferit de receptivitate, de doza infectantă, de caracterul agentului cauzal, invaziv sau neinvaziv, de virulență, toxigeneză.

Diagnosticul etiologic, de diaree infecțioasă, utilizează criterii clinice, epidemiologice și specifice (coprocultură, hemocultură, reacții serologice).

3.2.1. FORMA GRAVĂ CU ȘOC

În varianta gravă, încadrată ca formă supraacută, toxemia și sindromul digestiv sînt mult mai puternic exprimate, asociind tendința la colaps, tulburări hidroelectrolitice și de homeostazie.

Debutul este brutal, hipertermic (30°—40 °C), evoluția de la început dramatică. Bolnavul are un facies palid-cianotic, încercănat, acuză o astenie profundă, amețeli. Vocea este stinsă, buzele sînt arse și cu fuliginozități, limba prăjită, vărsături incoergibile, diareea profuză, scaune holeriforme, sughiț, meteorism abdominal.

Vărsăturile și diareea, ca și aportul redus de lichide, prin intoleranță gastrică, duc la tulburări profunde umorale și metabolice care pun sub influența patologică sistemul nervos, aparatul circulator, renal. Pulsul este tahicardic, filiform, zgomotele cardiace sînt asurzite. Apare

Scanned with OKEN Scanner

hemoconcentrația (hematocritul, proteinemia, densitatea plasmei sînt crescute), scade volumul circulant, ionograma arată o scădere de Na^+ și Cl^-, ureea sanguină frecvent crescută (prin insuficiență renală funcțională).

Măsurile terapeutice, actuale, de reechilibrare hidroelectrolitică și acidobazică se completează (mai ales la copii) cu antibiotice (Ampicilină, Cloramfenicol, Cotriomoxazol, Colimicină), ele modificînd prognosticul grav al acestor forme.

3.2.2. BOTULISMUL

Este o intoxicație (toxiinfecție alimentară) produsă de toxina unui germene răspîndit în natură — bacilul botulinic anaerob, sporulat și care produce o toxină (exotoxină) extrem de activă. Se descriu mai multe tipuri de bacili botulinici (A, B, C, D, E, F, G), mai frecvente fiind îmbolnăvirile cu tipurile A și B (conserve de legume, cîrnați, carne afumată) și cu tipul E (conserve de pește), factorul botuligen fiind toxina preformată în aliment. Resorbindu-se digestiv și hematogen la centrii nervoși, cu tropism pentru parasimpaticul cranian și pelvian, toxina botulinică acționează la nivelul joncțiunii mio neurale, blocînd eliberarea de acetilcolină și transmiterea în fibrele nervoase colinergice. Caracteristica clinică o constituie paraliziile oculare (paralizia de acomodare, diplopia, strabism divergent, ptoza palpebrală) simetrice sau nu, paralizii faringiene și laringiene, mai rar paralizii în alte teritorii (membrele inferioare). Ca fenomene de atingere parasimpatică se remarcă secreția salivară diminuată, paralizie vezicală. Evoluția bolii este gravă, moartea poate surveni în 36—48 ore.

Tratamentul trebuie instituit de urgență și constă în administrarea de ser antibotulinic 50—100 ml (50 000—100 000 U.I.). În paraliziile mușchilor respiratori este necesară administrarea de oxigen sau chiar respirație asistată. Ca terapie adjuvantă se recomandă spălături gastrice, rehidratare, tonicardiace.

3.3. HOLERA

Este o boală infecțioasă acută, endemo-epidemică, cauzată de vibrionul holeric și caracterizată clinic printr-o evoluție gravă cu diaree, deshidratare, șoc.

Tradițională în subcontinentul Indian, în ultimul deceniu relatîndu-se — în afara epidemiilor din Africa de Est și de Vest, din Afganistan

Scanned with OKEN Scanner

și Iran — focare epidemice în Italia (1973) și Spania (1974), boala impune măsuri speciale de profilaxie generală și individuală pentru prevenirea importului și răspîndirii ei în regiunile indemne. Agentul patogen al bolii este vibrionul holeric — vibrio cholerae — cu biotipurile : holeric și El Tor.

Izolarea tot mai frecventă în ultimii ani a unor vibrioni asemănători vibrionului holeric, dar neaglutinabili în prezența serului antiholeric, a readus în atenție grupul de germeni cunoscut sub numele de vibrioni N.A.G., care pot cauza și ei un sindrom holeriform acut.

Sindromul holeric este cauzat de două substanțe eliberate de microb : 1) enterotoxina și 2) neuraminidaza, care pune în libertate receptori pentru enterotoxină. Complexul enterotoxină+receptor (gangliozid) activează adenilciclaza, care la rîndul ei determină, prin eliberarea de AMP (adenozin monofosfat), o dereglare în transportul ionilor Cl^- și HCO_3^- din celulele lumenului intestinal, eliminîndu-se astfel Na^+ și apă.

Diagnosticul de laborator este obligatoriu ; identificarea se face în servicii specializate pentru aceasta. Profilaxia specifică cu vaccin antiholeric are o eficacitate limitată în timp de 4—6 luni, însă cu efect protector foarte bun. Profilaxia cu antibiotice se face prin administrarea de tetraciclină, timp de 5 zile, cîte 1 g/zi.

3.3.1. FORMA COMUNĂ

După o incubație de 1—5 zile, debutul este brusc, cu scaune diareice necaracteristice, fecaloide pentru ca la scurt interval emisiunea scaunului, care nu este însoțită de tenesme sau colici, să primească caracterul apei de orez. Diareea profuză duce la o pierdere masivă de apă și electroliți, care definește forma clinică de boală. În formele cu deshidratare moderată, în care greutatea corporală scade cu 7—8%, iar semnele clinice se manifestă prin hipotensiune, tahicardie, sete și oligurie, necesarul de lichide este în primele 2—3 ore de 4 000 ml la adult și de 80—90 ml/kg corp la copil, pentru ca în următoarele ore pierderile prin scaune și vărsături să fie suplinite prin cantitatea eliminată×1,5. Soluțiile perfuzabile sau administrate per os (cînd bolnavul nu varsă) conțin, în proporții optime, clorură de sodiu, bicarbonat de sodiu și clorură de potasiu. Antibioticul preferat este Tetraciclina, care se administrează timp de 3—5 zile în doze de 2 g la adult pe zi și 50 mg/kg corp la copil.

3.3.2. FORMA GRAVĂ CU ȘOC (FORMA SICCA)

Forma gravă se însoțește de o pierdere masivă de apă și electroliți, care generează șocul hipovolemic și insuficiența renală consecutivă. În

Scanned with OKEN Scanner

asemenea situații greutatea scade cu 10—12%, diareea fiind profuză, bolnavul pierzînd pînă la 20 litri pe zi printr-un orificiu anal paralizat. Apare uscăciunea mucoaselor și tegumentelor, vocea este ștearsă, răgușită, faciesul livid, turgorul dispărut, ochii înfundați în orbită, nasul proeminent, abdomenul este escavat. Bolnavul varsă, acuză dureri abdominale difuze. Pulsul este imperceptibil, tensiunea arterială prăbușită. Temperatura este normală sau subnormală, apar tulburări renale (anuria). Netratat, bolnavul sucombă în primele ore sau în 2 zile. Necesarul de soluții perfuzabile (Na 134 mmEq/l, K 13 mEq/l, HCO_3 48 mEq/l, Cl 99 mEq/l) endovenos (uneori prin abordarea a două vene) în primele 3 ore este de 5 000—5 500 ml la adult și 100—110 ml/kg corp la copil, sub control clinic și biologic (hematocrit, ionogramă, rezervă alcalină). Se continuă cu administrarea parenterală pînă la dispariția vărsăturilor, cînd se începe și rehidratarea orală. Antibioticul se administrează timp de 3—5 zile (Tetraciclină). Există situații în care moartea bolnavului survine înainte de apariția diareei, în stare toxică extremă (cholera sicca).

3.4. DIZENTERIA BACILARĂ

Este o boală infecto-contagioasă, endemo-epidemică cauzată din germeni din grupul Shigella, clinic manifestată prin febră, fenomene toxice generale, colici abdominale, scaune diareice muco-sanguinolente, tenesme. Germenii responsabili de îmbolnăvire fac parte din familia Enterobacteriaceae și sînt clasificați în patru grupe : A (Sh. dysenteriae), B (Sh. flexneri), C (Sh. boydi) și D (Sh. sonnei). Ținînd seama de fenomenul de chimiorezistență și antibiorezistență, frecvent întîlnit la acești germeni, antibioticele cu efect antimicrobian sînt : Cloramfenicolul, Tetraciclinele, Neomicina, Polimixina B, Colimicina, Kanamicina și Ampicilina.

Pătrunderea se face pe cale bucală, localizarea și înmulțirea avînd loc la nivelul intestinului gros. Tulburările metabolice care au loc la nivelul mucoasei colonului, asupra căruia acționează endotoxina, conduc la apariția de leziuni ulcerative. Efectele endotoxinei se pot amplifica, determinînd o stare de șoc.

3.4.1. FORMA GRAVĂ (TOXICĂ)

Se dezvoltă fie de la început, fie agravează o formă comună. Incubația este scurtă, prodromul este brutal, dominat de scaune diareice extrem de abundente, colicele sînt accentuate. Bolnavul prezintă o stare de șoc cu tensiune arterială prăbușită ; pielea este uscată, fața palidă,

Scanned with OKEN Scanner

ochii înfundați în orbite, abdomenul este excavat, pulsul este frecvent, respirația superficială, oligurie, albuminurie. Moartea poate surveni în primele 24 ore.

Formele grave asociază la tratamentul cu antibiotice, corectarea dezechilibrului hidroelectrolitic, refacerea volemiei prin înlocuitori de plasmă (dextran, macrodex), corticoterapie injectabilă, vitamine, medicație calmantă.

3.5. HEPATITA VIRALĂ

Este o boală infecțioasă acută, răspîndită pe întreg globul, cauzată de virusuri variate. Numeroase cercetări inițiate de mai bine de trei decenii — în problema hepatitei virale curente — au reușit să delimiteze doi agenți patogeni incriminați în etiologia bolii :

— virusul hepatitei A (HA), transmis pe cale orală dar și parenteral, izolat din materiile fecale ale bolnavilor avînd o talie de 25—28 mm, morfologic asemănător cu picornavirus, cu incubație scurtă de 15—50 zile ;

— virusul hepatitei B (HB), transmis pe cale parenterală și orală cu incubație lungă (60—180 zile), prezent în sîngele bolnavilor sub trei forme morfologice, reprezentînd particula virală (Dane).

Și alte virusuri hepatotrope pot imita tabloul clinic al unei hepatite : virusul Epstein-Barr, virusul citomegalic, adenovirusurile, unele arbovirusuri ; ele sînt însă mult mai rar întîlnite. La aceste posibilități etiologice se poate adăuga și un al treilea virus, care nu este nici de tip A, nici de tip B (NANB). Simptomatologia clinică are o alură ciclică asemănătoare în ambele hepatite, diferențele remarcate, în afara perioadei de incubație și de unele criterii epidemiologice, semnalează pentru hepatita de tip B o evoluție mai lungă, mai severă și cu potențial de cronicizare mai mare. Semnele biologice de confirmare explorează funcția hepatică în privința sindromului inflamator nespecific (timol, Hanger), a sindromului biliar (bilirubinemia cu creșterea bilirubinei conjugate), hepatocitoliza (TGP, TGO, OCT) și sindromul hepatopriv (factorii II, V, VII, X), examenul de urină (pigmenți), alături de teste cu semnificație etiologică (prezența antigenului sau a anticorpilor HB). Evoluția este în general rezolutivă, cronicizarea posibilă într-un procentaj relativ mic.

Tratamentul are ca criterii principale măsurile de igienă și dietă, cel medicamentos fiind patogenic și urmărește suplinirea diferitelor funcții hepatice perturbate (vitamine, corticoterapie, coleretice, colagoge).

Scanned with OKEN Scanner

3.5.1. **FORMA PRELUNGITĂ** (COLESTATICĂ)

Deşi în hepatita virală se semnalează un oarecare sindrom de colestază (diminuarea debitului biliar hepatocitar sau canalicular), termenul de hepatită prelungită colestatică este rezervat unei forme clinice de boală a cărei simptomatologie sugerează mai degrabă o obstrucţie biliară posthepatică. Prodromul este acela al unei hepatite comune, dar evoluţia realizează un icter intens, verdin, de lungă durată, însoţit de un prurit rebel, astenie marcată, alterarea stării generale. Sindromul citolitic, ca şi cel inflamator nespecific, este prezent în debutul bolii, dar valorile tind spre normalizare în cursul evoluţiei. Antigenul Australia poate fi pozitiv uneori. Din punct de vedere biologic, sindromul biliar este net exprimat, apar creşteri mari sanguine ale bilirubinei libere, conjugate, colesterolemia este augmentată, la fel lipidele totale depăşesc 10—12 g/litru, reacţia Jirgl poate fi pozitivă. Dintre enzime, apar creşteri nete ale fosfatazelor alcaline şi ale gamma-glutamil-transpeptidazei. Persistenţa icterului, a pruritului, a debutului, uneori brutal, impune deseori efectuarea, în scop diagnostic, a unei laparoscopii sau a unei puncţii bioptice a ficatului. Posibilităţile terapeutice recurg mai ades la tubaje duodenale, utilizarea preparatelor cortizonice.

3.5.2. **COMA HEPATICĂ**

Este expresia unei gravităţi maxime de evoluţie a unei hepatite virale (hepatita fulminantă) şi are ca substrat histologic o necroză masivă hepatică. Etiologic — eliminînd alţi factori nevirali : anestezice, medicamente, otrăvuri vegetale — este cauzată, mai ales, de hepatita tip B. Survine rar (1%) şi se termină de cele mai multe ori fatal (75—80%). Necroza hepatică, rapid instalată, antrenează grave tulburări metabolice, hidroelectrolitice, acidobazice, hemoragice.

Tabloul clinic se manifestă prin agravarea progresivă sau prezenţa de la început a tulburărilor digestive (anorexie, greţuri, vărsături), însoţite de astenie profundă, somnolenţă sau agitaţie psihomotorie, tulburări hemoragipare (epistaxis, gingivoragii, erupţie peteşială, hemoragii digestive). Matitatea hepatică scade rapid, apare fetorul hepatic. Sînt prezente tulburările de conştiinţă, care parcurg stadiile clasice de comă (I, II, III, IV), trecînd de la euforie, insomnie, agitaţie la somnolenţă, vorbire incoerentă, confuzie şi comă. Icterul este intens flavin. Moartea survine în 3—4 zile. Ca elemente biologice de prognostic, o deosebită valoare o prezintă determinarea unor factori de coagulare (II, V, VII, X), al căror nivel se poate prăbuşi pînă la dispariţia lor totală.

Scanned with OKEN Scanner

În ultimii ani, numeroase tentative terapeutice au fost propuse pentru ameliorarea mortalității extrem de ridicate, dintre care citățm: asistare extracorporeală, prin perfuzie de ficat izolat, tratament cu coenzime, circulație încrucișată, exanguino-transfuzie, tratament cu L. Dopa, oxigenoterapie hiperbară, plasmafereză, corticoterapie ș.a., dar nici un tratament nu și-a probat eficacitatea.

Se revine la tratament convențional, care urmărește prin monitorizarea bolnavului corectarea tulburărilor hidroelectrolitice și acidobazice, aport de vitamine, combaterea hiperamoniemiei (arginină, ornitină), corectarea sindromului hemoragipar, aport energetic (glucoză), control repetat al funcțiilor vitale.

3.5.3. HEPATITA VIRALĂ PERSISTENTĂ

Este o manifestare evolutivă a hepatitei virale, care se prelungește între 3—12—14 luni după episodul acut. Se întîlnește destul de frecvent, evoluează fără manifestări clinice. Modificarea biologică caracteristică o constituie persistența unei transaminazemii restante. Se asociază și cu tendință de menținere pe o perioadă mai îndelungată a unui deficit moderat de factori ai complexului protrombinic. Pe plan histologic, modificările sînt minore: alterări hepatocelulare focale, discretă infiltrație limfo-plasmocitară, arhitectura lobulară păstrată. Ele evoluează de regulă către vindecare spontană.

4. URGENȚE ÎN NEUROINFECȚII

4.1. MENINGITELE PURULENTE

Se înscriu în sfera urgențelor medicale, deși introducerea succesivă în tratamentul lor a sulfamidelor și, mai apoi, a antibioticelor a transformat radical prognosticul; mortalitatea se menține la 10—15%, iar complicațiile și sechelele postmeningitice nu sînt definitiv excluse. În ultimul timp se susține, chiar, că se înregistrează o stagnare relativ motivată, astfel:

1) frecvența în creștere și gravitate neprevăzută a unor forme etiologice mai rar semnalate altădată (meningite cu pneumococ), meningite

Scanned with OKEN Scanner

cauzate de bacterii gram-negative (Proteus, Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aeruginosa), grupul Acinetobacter, fungi patogeni ;

2) gravitatea meningitelor neonatale și ale sugarului mic, care pot să îmbrace aspectul înșelător al unei infecții generale și astfel depistată tardiv ;

3) gravitatea însolită a formelor clinice supraacute : forme comatoase cu edem sau supurație, suprarenalită hemoragică, manifestări hemoragipare (purpura necrotică), insuficiență cardio-circulatorie acută ;

4) tratamentul incorect sau insuficient al unei meningite purulente în teren, fără diagnostic bacteriologic, prescriind un antibiotic la întîmplare, compromițînd totodată identificarea ulterioară a agentului infecțios

Etiologic, meningitele purulente sînt cauzate de o mare varietate de agenți infecțioși. Deși meningitele meningococice nu mai au aceeași frecvență, caracterul lor epidemic fiind excepțional astăzi, meningococul rămîne cauza principală a îmbolnăvirilor. Se înscriu apoi ca agenți etiologici pneumococul, Haemophilus influenzae (în special la copii), stafilococul Klebsiella pneumoniae, Salmonella etc.

Simptomatologia clinică recunoaște un debut brusc cu febră, însoțit de o cefalee violentă sau prin tulburări psihice și comă. Perioada de stare este dominată de prezența sindromului meningial, care asociază și simptomatologia sindromului infecțios (febră, herpes, artralgii).

Meningitele purulente la nou-născut pot îmbrăca aspecte particulare (somnolență, stare de rău, refuzul sînului, febră), care impun practicarea unei puncții lombare. Examenul lichidului cefalorahidian este deosebit de important. În afara analizei citochimice, diagnosticul bacteriologic apare ca o necesitate presantă, în vederea unui tratament corect. Precauțiile ce trebuie luate pentru efectuarea cît mai rapidă a examenului bacteriologic al lichidului cefalorahidian (transport în condiții optime, însămînțare și inoculare imediată) au ca scop elaborarea unui diagnostic etiologic corect.

Un tratament antimicrobian corect trebuie să satisfacă următoarele condiții generale :

1) certitudinea eficacității antibioticelor administrate (diagnostic bacteriologic și antibiogramă) ;

2) necesitatea asigurării unei concentrații eficace de antibiotic în LCR, preferînd fie preparate care depășesc bariera hematoencefalică (sulfamide, Cloramfenicol), fie prescriind doze de atac mari ;

3) conservarea unui antibiotic de rezervă în eventualitatea în care produsele administrate se dovedesc total sau parțial ineficace ;

Scanned with OKEN Scanner

4) modificarea eventuală a programului terapeutic, după datele oferite de evoluție și de antibiogramă.

Nu există un tratament standard.

La noul-născut, suspiciunea unei infecții cu streptococ recomandă un tratament cu Ampicilină (200 mg/kg corp)+Kanamicină (20 mg/kg corp).

La sugar, cele mai frecvente infecții sînt datorate meningococului sau b. Pfeiffer. Se prescrie Ampicilină în doze forte 250—300 mg/kg corp.

La adult, în meningita cu pneumococ se administrează Penicilină 20—30 milioane U/zi. În meningita meningococică se utilizează fie Penicilina, fie Ampicilina în doze mari. Meningitele cu germeni gram-negativi beneficiază de asocieri de Ampicilină+Kanamicină, iar meningita cu Klebsiella asociază Cefalosporina+Kanamicină sau/și Gentamicină. În infecțiile cu pioceanic : Carbenicilina+Gentamicină.

Alte măsuri terapeutice impun : combaterea hiperpiremiei, rehidratarea, oxigenoterapie, corticoterapie.

4.1.1. FORMA COMATOASĂ

Debutul este brusc, cu alterarea stării generale, convulsii, prezența unui sindrom meningeal intens, stări de agitație, delir, fibrilații musculare și carfologice. Se însoțește de tahipnee, respirație Cheyne Stokes. Fenomenele retrocedează în urma tratamentului, dar se pot observa sechele.

4.1.2. SINDROMUL WATERHOUSE-FRIEDERICHSEN

Se prezintă sub forma unei infecții extrem de grave toxico-septică. Debut deosebit de brutal, cu frisonări, celafee, vărsături incoercibile, dureri abdominale. Colapsul vascular, nelipsit, se însoțește de paloare extremă, puls slab, neregulat, tensiunea arterială prăbușită. Pe tegumente se constată erupții peteșiale de mărime variabilă, unele confluente. După o scurtă fază de agitație bolnavul intră în comă și sfîrșitul letal poate să apară în cîteva ore sau în 2—3 zile.

Este o formă supraacută a meningococemiei, patogenia bolii avînd ca mecanism toate alterările biologice induse de toxinele microbiene, în special asupra suprarenalelor (hemoragii). Terapia impune măsuri intensive de reanimare : asigurarea unei ventilații adecvate, reechilibrarea tulburărilor nervoase și corectarea tulburărilor metabolice (menținerea funcțiilor vitale, înlăturarea hipertensiunii intracraniene, combaterea agitației motorii, hipertermia).

Scanned with OKEN Scanner

4.2. ENCEFALITELE ACUTE INFECȚIOASE

Sînt procese inflamatorii ale sistemului nervos cauzate de diferiți agenți infecțioși : virusuri, rickettsii, bacterii, fungi, protozoare, metazoare și unele substanțe toxice. Clinic, cadrul encefalitelor este foarte variat, nu prezintă o individualitate proprie, simptomatologia fiind foarte polimorfă, iar în cadrul participării meningelor putînd realiza o meningoencefalită.

Se clasifică în : 1) encefalite primitive — apărînd ca manifestări independente și 2) encefalite secundare, în cadrul unei boli infecțioase cunoscute. Constituie urgențe în patologia infecțioasă atît prin frecvența cu care apar, cît și prin evoluția gravă și sechelară pe care o pot realiza, aceasta legată și de lipsa unei terapeutici satisfăcătoare. Dintre encefalitele virale, în ultimul timp o atenție deosebită s-a acordat unui grup, cu peste 270 de tipuri, cunoscut sub numele de „arbovirusuri", responsabil de a determina boli umane — unele din ele foarte grave și cu o mortalitate extrem de ridicată (febra galbenă, encefalita de căpușe ș.a.). Alte encefalite grave sînt datorate herpesvirusurilor, enterovirusurilor.

Debutul clinic este brutal, prin frison, uneori fenomene catarale ale căilor respiratorii superioare ; fenomenele nervoase se instalează în cîteva zile și se manifestă prin : agitație psihomotorie, delir, halucinații vizuale, confuzie mintală, apoi în stadiul final torpoare, somnolență, comă. Lichidul cefalo-rahidian este clar, cu albuminorahia ușor crescută, pleiocitoză moderată, constante biochimice normale (cloruri, zahăr).

Parkinsonul postencefalitic rămîne sechela cea mai redutabilă ; este întîlnită la aproximativ 20% din bolnavi. Dintre neuro-infecțiile primitive, encefalita epidemică prezintă un cadru clinic caracteristic, manifestat prin triada : somnolență, paralizii oculare, mioclonii, celelalte encefalite, avînd o simptomatologie extrem de variată (atipice, gripale, inaparente).

Diagnosticul asociază, pe lîngă criteriile clinice, și datele epidemiologice (focare existente, agenți vectori), identificarea agentului patogen (laborioasă), reacții de hemaglutinoinhibare, de seroneutralizare, imunofluorescență, reacția de fixare a complementului.

Encefalitele secundare apar în cadrul unei infecții bacteriene, infecții cu spirochete, protozoare (malaria), leptospire și metazoare.

Tratamentul nespecific se bazează pe medicația antiinflamatoare (Fenilbutazonă, preparate cortizonice), antiedematoasă (soluții glucozate, diuretice, manitol), vitamino-terapie, oxigenoterapie, antibiotice de protecție.

Scanned with OKEN Scanner

4.3. ENTEROVIROZELE ACUTE

Virusurile Polio, Coxsackie și ECHO cuprind marea majoritate a enterovirusurilor patogene pentru om, fiind clasificate, alături de rinovirusuri, ca picornavirusuri. Dimensiunile lor variază între 20 și 30 nm și conțin, într-o proporție de aproximativ 30%, acid ribonucleic.

Enterovirusurile au o largă răspîndire în natură, se dezvoltă în tubul digestiv și se elimină prin materiile fecale, calea de transmitere fiind digestivă. Poate fi cultivat pe țesuturi de rinichi de maimuță, celule HELA, determinînd efecte citopatogene. Virusurile polio sînt patogene pentru maimuță, virusurile Coxsackie sînt patogene pentru șoarecele nou-născut, virusurile ECHO nu sînt patogene pentru animale.

Tablourile clinice determinate de enterovirusuri sînt foarte variate, de la boli febrile cu sau fără exantem, afecțiuni respiratorii acute, miocardita, pleurodinie, pînă la meningite aseptice, boli paralitice și chiar encefalite. Diagnosticul acestor îmbolnăviri este atît etiologic, cît și serologic (test de neutralizare, RFC).

4.3.1. POLIOMIELITA

Forme paralitice. Paraliziile poliomielitice sînt o excepție a infecției cu virus poliomielitic, raportul dintre cazurile subclinice și cele care evoluează spre un tablou de deficit motor este de 1 la 300—500. Apar după un stadiu prodromal de infecție nespecifică (digestivă sau/și gripală), însoțită de fenomene nervoase și semne meningeale.

În forma clasică, deficitul motor se observă între a 2-a—5-a zi de la apariția sindromului febril, rar instalarea este tardivă. Asocierea lui coincide cu scăderea febrei. Se instalează brusc, sînt prinși în general mușchii cu funcții sinergice, impotența funcțională e ușoară (pareze) sau completă (plegii). Paraliziile sînt flasce, cu hipotonie și tendință la atrofie, cu diminuarea sau abolirea reflexelor osteo-tendinoase. Tulburările de sensibilitate sînt absente sau reduse. Paralizia se extinde timp de 2—3 zile, persistă alte cîteva zile, apoi după 6—7 zile începe să retrocedeze. Sechelele poliomielitice se caracterizează prin atrofii musculare cu paralizii definitive (evaluate just după 6—9 luni). Acțiunea mușchilor antagoniști pot produce deformații și atitudini vicioase. Forma clinică cea mai frecventă este cea spinală (65—70%); posibilitățile de pareze sau plegii sînt multiple și reprezintă tot atîtea moduri de prindere izolată sau asociată: paraplegii, monoplegii, paralizie încrucișată, triplegie. În paralizia ascendentă de tip Landry, paraliziile încep la membrele inferioare, apoi urcă putînd prinde formațiunile bulbare (moarte prin paralizie respiratorie în 1—3 zile). Forma bulbară și forma bulboprotuberanțială se caracterizează prin atingerea nervilor

Scanned with OKEN Scanner

cranieni (perechea a VII-a). Forma cerebrală (encefalitică) se manifestă ca o encefalită acută cu tulburări psihice, delir, comă. Evoluează, de obicei, letal. Forma meningitică poate să nu fie urmată de instalarea paraliziilor. Prognosticul este rezervat. Letalitatea variază după epidemii (10—15%).

Tratamentul reclamă în perioada de stare (2 săptămîni) repaus absolut, piramidon, vitamine, vasodilatatoare, analgezice. În formele bulbare se apelează la traheostomie cu respirație endotraheală. Formele înalte, uscate beneficiază de plămînul de oțel. Tratamentul fizioterapic se aplică după 2 săptămîni și se face cu băi calde, împachetări calde, cataplasme, masaje, galvanoterapie.

Profilaxia poliomielitei a intrat într-o nouă fază odată cu realizarea, de către Jonas Salk (1953), a unui vaccin preparat cu cele trei tulpini de virusuri poliomielitice (tipurile I, II, III), inactivate prin căldură și formol.

Sabin, folosind o tulpină de virus I (Brunhilde) atenuată prin treceri succesive pe culturi de țesuturi umane neneuronale, a dovedit că introdusă la cimpanzeu, pe cale orală, provoacă o stare de imunitate. Astfel apare vaccinarea cu virus viu atenuat, cu un indice de conversiune de 90—100%. Vaccinarea a reușit reducerea morbidității prin poliomielită spectaculos, ajungînd în 1975 la $0{,}15^0/_{0000}$.

4.3.2. INFECȚII CU VIRUS COXSACKIE (FORME PARALITICE)

Virusurile Coxsackie se împart în două grupe: A și B cu 24, respectiv 6 tipuri antigenice. Determină îmbolnăviri polimorfe (angina herpetică, pleurodinia epidemică, meningite ș.a.). Unele tipuri de virusuri (tip A 4, 7, 9) pot genera apariția de paralizii asemănătoare celor din poliomielită. Diagnosticul este etiologic (inoculare de fecale la șoareci nou-născuți cu paralizia trenului posterior, modificări histopatologice caracteristice) și serologic.

4.3.3. INFECȚII CU VIRUSURI ECHO

Virusurile ECHO (31 tipuri) sînt răspîndite în natură. Se dezvoltă în tubul digestiv. Clinica este polimorfă. Au putut fi denumite următoarele entități morbide: meningite aseptice acute, cu sau fără exantem, boli febrile cu exantem, diareea infantilă de vară, afecțiuni catarale ale căilor respiratorii superioare, boală paralitică (tipurile 2, 4, 6, 9, 11, 16, 18, 30).

Diagnosticul de certitudine este de laborator: izolarea virusului și serologic.

Scanned with OKEN Scanner

5. URGENȚE ÎN INFECȚIILE BACTERIENE ȘI FUNGICE DISEMINATE. PARAZITOZE

5.1. SEPTICEMIILE

Sînt infecții generale condiționate de descărcări importante și repetate în sînge, de bacterii patogene și de otrăvurile lor. Provenit dintr-un focar septic, apreciabil sau nu, această descărcare continuă sau discontinuă de germeni antrenează semne generale grave prin embolii microbiene, prin acțiunea toxinelor bacteriene, prin efecte nocive datorate produselor de dezintegrare celulară, semne care lasă pe al doilea plan focarul infecțios.

Etiologia septicemiilor identifică cel mai des bacterii piogene gram pozitive și gram negative, aerobe și anaerobe, bacterii enterale, unii germeni condiționat patogeni și rar fungi (candida), virusuri. În patogenia septicemiilor intervin următoarele elemente :

1) prezența în sînge a germenilor vii, în mod permanent sau discontinuu și în cantitate variabilă ;

2) existența unui focar septic, în relație cu torentul circulator ;

3) apariția fenomenelor generale grave, indicînd o diseminare infecțioasă și constituirea leziunilor metastatice ;

4) apariția semnelor de impregnație toxică, susceptibile de a lua un caracter dominant.

Condițiile de apariție clinică recunosc :

a) septicemii medicale care au origini multiple (amigdalele, rinofaringele, urechea medie, leziuni dentare, leziuni ale arborelui respirator, alterațiuni ale tubului digestiv, infecții ale căilor genito-urinare), septicemii criptogene ;

b) septicemii chirurgicale care survin ca urmare a unui traumatism, consecutiv unui focar infectat visceral sau osos (plăgi traumatice, osteomielita, abcese cutanate, focare viscerale diverse) ;

c) septicemii puerperale (infecția plăgii uterine).

Clinic, simptomatologia se traduce prin hipertermie (febra septică), frisonări, tulburări neurologice (convulsii, somnolență sau agitație, comă), simptomatologie digestivă (meteorism, diaree), tulburări în circulație periferică manifestate prin paloare, tegumente reci, hipotensiune arterială, colaps, suferințe organice, leziuni osteoarticulare, renale, pulmonare, cutanate, suferințe meningo-encefalitice, endocardice ș.a. Evoluția este variabilă : supraacută sau acută, uneori subacută cronică, cu remisiuni și exacerbări.

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul etiologic impune descoperirea porții de intrare și a diverselor localizări secundare, care asociate cu unele semne clinice pot sugera natura agentului patogen. Izolarea germenului și studiul sensibilității sale sînt indispensabile conducerii unui tratament corect și eficient. Izolarea agentului patogen se face, în primul rînd, prin hemocultură (repetată), apoi prin frotiuri și însămînțări din focarul septic, din leziunile metastatice.

Tratamentul antimicrobian, prin alegerea inițial clinică și apoi pe baza sensibilității antibioticului, contribuie în majoritatea cazurilor la evoluția rezolutivă a infecției. Se utilizează fie monoterapia sau asocieri de antibiotice, preferîndu-se antibioticele bactericide, dozele administrate la intervale regulate sau fracționate discontinuu, trebuie să fie în concentrație optimă.

Tratamentul este completat cu terapia de reechilibrare a funcțiilor perturbate, vitamine, asanarea focarelor.

5.1.1. MANIFESTĂRI LEGATE DE POARTA DE INTRARE

La poarta de intrare și în vecinătatea ei, confundată deseori cu focarul septic primar, se creează un proces de tromboflebită în care germenii se înmulțesc. Fărîmițarea cheagului pune în libertate, în circulația sanguină, agenții patogeni, realizîndu-se astfel numeroase localizări secundare. Prin poarta de intrare reprezentată de amigdale pot pătrunde : streptococii, b. Pfeiffer, germeni anaerobi etc., Klebsiella ; proteus și providencia au ca poartă de intrare o infecție urinară, otică sau intestinală. Perfuziile endovenoase, leziunile cutanate și mucoase, tractul urinar joacă un rol important în septicemiile cu b. piocianic. Traumatismele, fracturile deschise, leziuni anorectale, vaginale, intervențiile abdominale sînt calea de pătrundere în organism a germenilor anaerobi (clostridii, b. fragilis, streptococi anaerobi ș.a.).

5.1.2. MANIFESTĂRI LEGATE DE FOCARUL SEPTIC

Focarul original infectant trebuie să se găsească în mod necesar în conexiune cu sistemul circulator prin căile limfatice și prin căile venoase, sediul proceselor de tromboflebită generatoare de embolii infecțioase și de metastaze. Accesul la endoteliu al germenilor este legat de o leziune locală preexistentă, generată de substanțele toxice de origine microbiană, emanate de la nivelul focarului septic.

Scanned with OKEN Scanner

5.1.3. METASTAZE VISCERALE

Diseminarea infecțioasă și apariția leziunilor metastatice sînt legate de acțiunea diastazelor proteolitice ale microbilor, asupra trombusului (stafilococii și anaerobii mai ales). Cheagul detașat duce la o obliterare localizată în prima rețea capilară pe care o întîlnește, de unde formarea de metastaze viscerale care pot, la rîndul lor, descrie noi focare septicemice. Metastazele pot fi pulmonare, cutanate, hepatice, cerebrale, articulare, osoase etc.

5.1.4. ȘOCUL SEPTIC

Majoritatea germenilor pot antrena un șoc infecțios, dar incriminate sînt mai ales bacteriile gram negative enterale (Escherichia coli, pseudomonas, Klebsiella, proteus), cocii gram pozitivi (stafilococi, streptococi, pneumococi), Clostridium perfringens, bacili gram pozitivi ș.a. Șocul septic presupune asocierea unei staze sanguine în sistemul portal și pierderi de sînge în sistemul venos cu o scădere a rezistenței periferice, cauzate de endotoxinele microbiene. Eliberarea unei cantități mari de catecolamine duce la vasoconstricție în toate organele, cu consecința nefastă a unei irigații deficitare (hipoxie). Urmarea o constituie o intensificare a metabolismului anaerob (acidoza metabolică), compensată inițial respirator (eliminare crescută de CO_2) și apariția de modificări la nivelul rinichiului (retenție de bicarbonați) și, de asemenea, la hiponatremie și hipokaliemie. Apar și perturbări la nivelul miocardului, sînt prezente lezări ale peretelui vascular care devin permeabile și permit ieșirea plasmei și a sîngelui. Paralizia sfincterelor capilare, ca urmare a hipoxiei, produce hemoragii, pierderi în continuare de plasmă, lezarea gravă a organelor interne ; șocul devine astfel ireversibil. Septicemia prezintă tabloul unei stări febrile, în general oscilante (febră, frison).

Modificările circulatorii periferice fac parte din semnele clinice precoce (cianoză, piele rece, marmorație tegumentară). Tensiunea arterială scade, apare tahicardia. Tulburările renale (oligurie) semnalează diminuarea fluxului sanguin, după cum agitația sau obnubilarea sînt dovada scăderii debitului cerebral. Starea generală se agravează, apar manifestări hemoragice, tensiunea arterială se prăbușește, apare colapsul.

Tratamentul șocului septic se adresează dezordinilor hemodinamice și necesită creșterea masei sanguine circulante prin administrarea endovenoasă de soluții saline izotone, soluții glucozate, coloizi (Dextran, Reomacrodex). Ameliorarea bilanțului de oxigen se realizează prin oxigenoterapie sau se recurge la intubație traheală cu respirație asis-

Scanned with OKEN Scanner

tată. Tonicardiacele sînt indicate în caz de asociere a insuficienței cardiace (digitalina). Corticoterapia reprezintă un tratament de scurtă durată, fiind indispensabilă în colapsul cardiovascular. Acidoza metabolică este tratată cu soluții bicarbonatate. Tratamentul etiologic al septicemiei se întregește cu asanarea focarelor septice.

5.2. INFECȚII FUNGICE (MICOZE)

Sînt infecții frecvente, cauzate de diferite specii din clasa ciupercilor, cu localizări foarte variate : piele, mucoase, vase, articulații, organe interne. Pătrunde în organism pe diferite căi, generalizarea duce la leziuni cu alură cronică.

Actinomicoza este o infestare produsă de dezvoltarea în organism a unei ciuperci, Actinomices, ubicvitară în natură (sol, furaje). Poarta de intrare poate fi cutanată sau mucoase (bucală, respiratorie).

Simptomatologia clinică variază după localizare : cervico-facială, digestivă, pulmonară, articulară, nervoasă. În forma cutanată, aspectul este de abces sau de flegmon fistulizat, cu tendință de difuzare spre țesuturile învecinate pe care le distruge. Actinomicoza pulmonară imită o bronșită cronică, o tumoră pulmonară sau o tuberculoză.

Forma digestivă are o localizare predilect apendiculară, putînd metastaza în ficat și splină.

Diagnosticul se face prin punerea în evidență a ciupercii, sau prin reacții de aglutinare (coaglutinare cu spori de Sporotrichum). Tratamentul este medical și chirurgical. Dintre chimioterapicele antifungice, în dermatomicoze se utilizează Griseofulvina ; Amfotericina B este folosită în administrarea parenterală, în micozele sistemice, produce însă frecvent reacții adverse.

Aspergiloza, cauzată de Aspergillus, are o localizare mai frecventă la nivelul aparatului respirator, determinînd o simptomatologie pulmonară : dispnee, crize de astm, hemoptizii.

Oosporozele au localizări diverse : cutanată, bucală, digestivă, pulmonară și sînt cauzate de ciuperci din genul Oospora. Diagnosticul și tratamentul se confundă cu acel al altor infecții fungice.

5.2.1. CANDIDOZA (MONILIAZA)

Infecțiile sînt provocate de diferite specii de candidoze : C. albicans, C. tropicalis ș.a.

Manifestările clinice semnalează : stomatite, intertrigouri, afecțiuni ale unghiilor și rar, afecțiuni sistemice. Sînt frecvent întîlnite la

Scanned with OKEN Scanner

sugarii distrofici ; însoțesc unele complicații grave ale bolilor infecțioase. În cursul tratamentului cu antibiotice, datorită dismicrobismului, se favorizează apariția stomatitei, a enterocolitei sau a vulvovaginitei cu candida albicans. Tratamentul este local, prin aplicarea de antifungice (Stamicin), iar general vitamine (B, C, K).

5.3. MALARIA

Este o boală infecțioasă, cauzată de un protozoar din genul Plasmodium, caracterizată clinic printr-o triadă : 1) accesul malaric, 2) splenomegalie, 3) anemie.

Există numeroase specii de plasmodium ; la om infecția este cauzată de către următoarele patru specii : Plasmodium falciparum, Plasmodium malariae, Plasmodium vivax și Plasmodium ovalae, transmiterea făcîndu-se prin țînțari din genul Anopheles.

Descoperirea insecticidelor remanente (D.D.T. și altele) a permis inițierea unui program antipaludic, care să ducă la eradicarea bolii — realizată la noi din anul 1961. Unele succese parțiale nu pot ascunde faptul că morbiditatea paludică este încă insuficient controlată în zone întinse din regiunile tropicale și chiar în unele regiuni temperate. În prezent, aproape în toate țările europene se înregistrează anual un număr variabil de cazuri de malarie „de import", avînd ca sursă de infecție persoane care au domiciliat un anumit timp în zone impaludate, sau străini, precum și cazuri de malarie posttransfuzională.

Chimioprofilaxia și chimioterapia s-au îmbogățit neîncetat cu antipaludice eficace, medicamentele clasificîndu-se în schizonticide (Chinina amino-4-chinoleine, Proguanil, Pirimetamina, sulfamide și sulfone) active asupra formelor asexuate și gametocide active asupra depozitelor hepatice de plasmodium și asupra gameților (amino-8-chinoleine).

Chimioprofilaxia se realizează printr-un schizonticid, administrat obligatoriu pe toată perioada ședерii în zone malarigene.

5.3.1. ACCESUL MALARIC

Apare după o incubație variabilă, prodromul este necaracteristic, manifestat prin febră, algii, tulburări digestive.

Accesele apar la intervale regulate de 48 ore în infecția cu pl. vivax, 72 ore în infestarea cu pl. malariae și sînt zilnice, la intervale neregulate, în cazul îmbolnăvirii cu pl. falciparum. Manifestarea clinică cuprinde trei stadii :

Scanned with OKEN Scanner

1) Stadiul de frison — debut brusc cu cefalee, curbatură, frison puternic cu o durată de 1/2—1 oră.

2) Stadiul de căldură, cu febră 39°—40 °C. Bolnavul este obnubilat, acuză cefalee pronunțată, varsă. Are o durată de 2—6 ore.

3) Stadiul de transpirații, acompaniat de defervescență, transpirații profuze, ameliorarea stării generale (1—4 ore).

Tratamentul atacului acut întrerupe reapariția febrei și a cortegiului simptomatic însoțitor.

5.3.2. ACCESUL PERNICIOS

Coma malarică. Este o veritabilă urgență, fiind o formă supraacută de malarie cu plasmodium falciparum. Apare la persoanele lipsite de orice rezistență antipaludică.

Tabloul clinic îmbracă o simptomatologie predominant nervoasă. Debutul este brusc, cu febră ridicată și apariția rapidă a tulburărilor de cunoștință, de obnubilare, pînă la comă profundă. Sînt prezente și tulburări digestive (vărsături, diaree), precum și cele renale (hemoglobinurie, insuficiență renală acută), colapsul cardiovascular, edemul pulmonar acut.

Mortalitatea este mare (30%) și survine la 24—48 ore de la debut. Tratamentul specific constă în administrarea chininei pe cale endovenoasă, 1—2 g în 24 ore pentru adult, pînă la trezirea bolnavului, continuînd apoi cu clorochină.

6. URGENȚE ÎN ATROPOZOONOZE

6.1. ANTRAX

Este o antropozoonoză cauzată de bacilul cărbunos (Bacillus anthracis), transmisă la om de la animale și caracterizată printr-un polimorfism clinic cu manifestări cutanate, pulmonare sau gastrointestinale. Cărbunele cutanat (pustula malignă), urmare a inoculării printr-o soluție de continuitate a pielii, realizează un aspect caracteristic, constituit dintr-o escară centrală neagră, înconjurată de o coroană de vezicule. Totul se află așezat pe o zonă indurată și edematiată, nedureroasă. Vindecarea se produce în 12—14 zile.

Scanned with OKEN Scanner

6.1.1. EDEMUL MALIGN

Este o formă cutanată, gravă, de infecție, cu apariție predilectă la față, caracteristica principală constituind-o edemul alb, nedureros, invadant, uneori enorm, dezvoltat în 1—2 zile, acoperit de flictene și acompaniat de fenomene generale grave (hipertemie, tahicardie, tulburări de digestie). Evoluția este gravă, tratamentul asociază serul anticărbunos (150—200 cc), cu Penicilină în doze mari, 5—10 milioane/zi.

6.1.2. SEPTICEMIA CĂRBUNOASĂ

Este corespondența unei generalizări a infecției, leziunea cutanată fiind uneori insinifiantă. Apare mai frecvent în formele pulmonare sau gastrointestinale. Bolnavul prezintă grețuri, vărsături, febra ajunge la 39°—40 °C, pulsul devine neregulat, este prezentă insuficiența renală acută. Tratamentul specific și antimicrobian se amplifică cu tratament cortizonic.

6.2. TETANOS

Este o boală comună omului și animalelor (zoonoză), caracterizată prin contracturi tonice generalizate (mai rar localizate), spasme de contractură paroxistică și semne generale toxiinfecțioase. O definire cu substrat fiziopatologic definește tetanosul ca o intoxicație care se manifestă primar prin disfuncție neuromusculară. Aceasta este cauzată de toxina tetanică (tetanospasmina), o exotoxină extraordinar de puternică elaborată de Clostridium tetani, agentul patogen al bolii.

Germenele este larg răspîndit, sporii sînt ubicvitari. Boala, evident în descreștere, este încă una din cauzele comune de letalitate în anumite regiuni ale globului, legată de ocupație, de nivelul sanitar respectiv. Poarta de intrare incriminează în 2/3 din cazuri injurii ale tegumentelor, 20% din cazuri apar la fermieri și grădinari în sezonul muncilor agricole de vară (aprilie—septembrie). Rata de mortalitate este ridicată la noul-născut (tetanosul neonatarum) și la indivizii de peste 50 de ani.

După pătrunderea sporilor în țesuturi, pentru declanșarea infecției sînt necesare condiții de anaerobioză, realizate de așa-numita „plagă tetanigenă" (necroză tisulară, prezența de corpi străini în plagă, supra-infecție). Difuzarea toxinei către sistemul nervos este posibilă pe două căi :

Scanned with OKEN Scanner

1) migrarea de-a lungul spațiilor perineurale la trunchiul nervos și la sistemul nervos central, după absorbția la nivelul joncțiunii mio-neurale ;

2) pasajul dinspre spațiile perineurale, către sistemul limfatic, circulația sanguină și de aici la nivelul sistemului nervos central.

Indiferent de ruta pe care o parcurge, toxina tetanică este fixată de gangliozidele sistemului nervos central, suprimînd influențele inhibitoare asupra neuronilor motorii și a interneuronilor.

Sînt evidente și acțiunile adăugate ale tetanospasminei pe sistemele neurocirculator, neuroendocrin și nervos vegetativ.

Sînt descrise două forme clinice de bază :

1) forma localizată, atunci cînd spasmul și contractura musculară prinde grupele musculare din vecinătatea porții de intrare ;

2) forma generalizată cu contractura tonică permanentă, trismusul fiind semnul cel mai precoce.

Spasmul musculaturii somatice din tetanosul generalizat are ca rezultat apariția unor poziții caracteristice de opistotonus, orototonus sau emprostotonus. Contracțiile paroxistice se manifestă sub formă de convulsii tonice ce apar intermitent, neregulat, exacerbînd contracția generalizată, și au o durată variabilă (secunde, minute).

Calitatea îngrijirilor determină și prognoza, mortalitatea actuală de 10%, în centrele în care tetanosul este îngrijit curent fiind de 6 ori mai redusă în raport cu rata de mortalitate din trecut. Terapia are caracter de urgență și în formele grave implică proceduri de reanimare și terapie intensivă.

Tratamentul are trei obiective esențiale :

1) asigurarea unui efect protector în momentul în care tetanospasmina este fixată pe sistemul nervos ;

2) neutralizarea toxinei circulante ;

3) eliminarea sursei de elaborare a tetanospasminei.

În regim total și continuu este esențială îngrijirea medicală și asistență respiratorie. Bolnavul trebuie supravegheat permanent, vor fi eliminați stimulii extrinseci care pot genera paroxisme. Se asociază la aceste îngrijiri de ordin general relaxante musculare și sedative. Formele medii și grave pot impune chiar traheostomie preventivă, pentru eventuala administrare cu compuși de curara, acolo unde un personal specializat poate asigura și o respirație continuă monitorizată.

Administrarea de relaxante musculare impun toate cazurile de tetanos, indiferent de forma clinică de boală. Diazepamul și Meprobamatul sînt droguri tranchilizante și sedative, abolesc rigiditatea musculară și spasmul, și nu induc efecte de sumare. Se administrează pe cale endovenoasă, intramusculară sau orală timp de 2—6 săptămîni.

Scanned with OKEN Scanner

Efectele diazepamului și ale meprobamatului pot fi prelungite prin asociere cu Fenobarbital (1 mg/kg corp la 4—6 ore).

Neutralizarea toxinei circulante obligă administrarea de ser antitetanic (15 000—50 000 U.I.) sau imunoglobulină antitetanică umană (3 000—6 000 U.I.) pe cale intramusculară.

Tratamentul local chirurgical al focarului tetanigen are ca scop eliminarea sursei de elaborare a toxinei și se asociază cu administrarea de penicilină sau tetracicline (15—20 mg/kg corp/zi).

Profilaxia are ca măsură majoră debridarea chirurgicală corectă și precoce a plăgii cu potențial tetanigen, administrarea de ser antitetanic (5 000—10 000 U.I.) sau imunoglobulină antitetanică (250—500 U.I.) penicilină sau tetraciclină.

La persoanele neimunizate, în același timp cu seroprofilaxia, dar într-o altă zonă de inoculare, se asociază și anatoxina tetanică purificată și adsorbită (ATPA), care se repetă la o lună în cazul indivizilor vaccinați ; în situația unei plăgi cu potențial tetanigen se administrează o doză de vaccin.

6.2.1. **FORMA ACUTĂ** (SUPRAACUTĂ)

Se manifestă prin generalizarea rapidă a contracturilor (12—24 ore), prin frecvența mare a crizelor paroxistice, fenomene însoțite de hipertermie, crize sudorale tahicardice. Aceste forme survin după o incubație scurtă (3—5 zile).

6.2.2. **TETANOSUL VISCERAL** (SPLANHNIC)

Apare în urma unei plăgi abdominale sau a unei intervenții chirurgicale pe tubul digestiv (colon, stomac, apendice). Trismusul rămîne primul semn de boală, contractura permanentă este lejeră și contrastează cu crizele paroxistice dominate de spasme laringiene, faringiene, accese de dispnee cu cianoză. Devin frecvente, sînt subintrante și antrenează exitusul în 2—3 zile. Un prognostic deosebit de grav îl realizează tetanosul postabortum (70—80%), chiar și după histerectomie.

6.2.3. **TETANOSUL NOULUI-NĂSCUT**

Este un tetanos generalizat. Primul semn este în acest caz dificultatea de a suge, care apare după 3—10 zile de la naștere și culminează cu neputința totală de a se alimenta. Contractura tonică generalizată se însoțește de crize paroxistice frecvente, apneizante. Se adaugă hipertermia, pulsul mic și neregulat. Sînt prevăzute frecvent tulburările respiratorii, moartea survine în 24—48 de ore.

Scanned with OKEN Scanner

6.3. BRUCELOZA

Este o boală infecțioasă comună omului și animalelor cauzată de germenii din grupul Brucella și transmisă la om de la animale bolnave (oi, capre, vaci, porci) pe cale cutanată sau digestivă. Este caracterizată clinic printr-o simptomatologie polimorfă și are tendință la cronicizare. Este o antropozoonoză profesională, răspîndită pe întregul glob. Infecțiile cu Brucella militensis au un caracter epidemic, pe cînd îmbolnăvirile cu Brucella abortus și Brucella suis unul sporadic.

Pătrunderea brucelelor în organism este urmată de colonizarea ganglionilor regionali și apoi prin circulația sanguină de localizarea lor în organele bogate în țesut reticulat endotelial (ficat, splină, măduva oaselor), unde se înmulțesc masiv realizînd bruceloza acută. Reînsămînțările conduc la apariția unor focare, definind faza organotropă a bolii cu două forme distincte :

1) forma poliviscerală malignă ;

2) forma focală granulomatoasă sau supurativă, cu determinări pleuropulmonare, cardiovasculare, osteoarticulare, hepatice, nervoase (neurobruceloza), glandulare, cutanate (eczema veterinarilor) ș.a.

Endotoxina brucelelor este responsabilă de fenomenele toxice prezente în cursul bolii și de o stare de alergie indusă, identificată prin intradermoreacție, test cu valoare diagnostică (Burnet).

Evoluția bolii este variabilă (săptămîni, luni), conducînd uneori la cronicizare.

6.3.1. FORMA ACUTĂ SEPTICEMICĂ

Faza septicemică a bolii are un debut insidios manifestat prin febră, astenie, oboseală, cefalee, perioada de stare prezentînd trei grupuri de semne :

1) **Febra.** Are un caracter polimorf accentuat, de la tipul ondulant (Br. meletensis) la febra continuă remitentă, intermitentă sau subfebrilă (Br. suis, Br. abortus) de lungă durată.

2) **Algiile** sînt musculare articulare, osoase, fugace mobile.

3) **Transpirațiile** au o intensitate variabilă, uneori profuze, frecvente.

Bruceloza acută mai asociază splenomegalia, hepatomegalia, adenopatia, anemia secundară. Hemocultura este pozitivă, apare alergie bruceloasă, reacțiile serologice (Wright, Huddleson, RFC) devin pozitive.

Există posibilitatea ca această fază să treacă neobservată (simptomatologie minoră sau ignorată), boala manifestîndu-se prin semne cu suferință de organ.

Scanned with OKEN Scanner

Tratamentul eficace, în această fază, se face prin asocieri de antibiotice, utilizate fiind Tetraciclinele (1—2/24 ore), Streptomicina (1—2 g/zi), Cotrimoxazolul (2 g/24 ore), timp de 2—3 săptămîni. Cazurile grave pot asocia și corticoterapie.

6.3.2. BRUCELOZA CRONICĂ

Constituie un sindrom morbid complex, cu o structură clinică polimorfă. Apar variabil determinări cardiovasculare, hepatice, osteoarticulare, glandulare (orhita), nervoase, oculare, cutanate. Simptomatologia se manifestă prin febră, dureri articulare, mialgii, cefalee, astenie, insomnie, crize sudorale, fatigabilitate.

Diagnosticul de laborator (teste seroalergice, tehnici de imunofluorescență, imunoelectroforeza) se completează și cu argumente clinice și epidemiologice. Puțin influențată de antibiotice, bruceloza cronică, beneficiază mai ales de vaccinoterapie, fizio și balneoterapie.

6.4. LEPTOSPIROZELE

Sînt zoonoze cu largă răspîndire pe plan mondial, boli cu caracter profesional, transmise omului de la animale : rozătoare, bovidee, porcine, cîini, prin contact indirect ; prin apă sau alimente contaminate, foarte rar prin contact direct.

Se cunosc numeroase leptospire atît patogene, cît și saprofite unitare morfologic, diferențiate însă serologic și care prezintă patogenitate diferită pentru animalele rezervoare naturale de germeni.

În patologia umană, cea mai gravă îmbolnăvire este cu leptospira icterohaemorragiae care generează leptospiroza icterohemoragică, celelalte — benigne — producînd manifestări clinice de meningită (32%), boală febrilă cu icter (25%), fenomene gripale (16%), pneumonii interstițiale (12%), boala febrilă cu erupție (10%) ș.a. Serotipurile întîlnite, mai frecvent, în România sînt : leptospira pomona (55%), leptospira hebdomadis (10%), leptospira interohaemorragiae (12%, leptospira canicola (8%), leptospira hyos (8%), leptospira bataviae (4%), gripho typhosa (4%), australis (6%).

Diagnosticul se bazează, pe de o parte, pe izolarea leptospirei din sînge, lichid cefalo-rahidian, urină, iar pe de altă parte prin reacția fixării de complement (diagnosticul de boală) și reacția de aglutinare liză (diagnosticul de tip de leptospiroză). Antibioticele și tehnicile de reanimare au modificat în parte prognosticul bolii. Penicilina este activă în

Scanned with OKEN Scanner

faza septicemică și n-are influență asupra diferitelor localizări secundare. Se administrează în doze de 1—2 milioane/zi sau chiar mai mult; tetraciclinele au o utilizare mai rară.

6.4.1. FORMA GRAVĂ CU MANIFESTĂRI HEMORAGICE

Leptospiroza gravă apare într-o proporție de 10—20% și se manifestă prin hemoragii digestive, colaps cardiovascular, insuficiență renală acută, convulsii, comă. Manifestările hemoragice au ca substrat patogenic trombocitopenia, deficitul de factori de coagulare (complexul protrombinic) ca rezultat al unei endotoxinemii. Tulburările hemoragice se manifestă prin erupții cutanate petesiale, hemoragii digestive, metroragii sau hemoptizii. Tratamentul acestor forme reclamă o asistare terapeutică intensivă (perfuzii, transfuzii, cardiotonice).

6.4.2. FORMA GRAVĂ CU INSUFICIENȚĂ HEPATORENALĂ

Insuficiența renală organică cu oligoanurie, sau diureza conservată, însoțește toate formele grave. Anuria survine în aproximativ 10% din cazuri, se asociază cu un oarecare grad de insuficiență hepatică, are un prognostic grav (mortalitate 30—40%). Anuria apare între a 3-a și a 10-a zi de boală, evoluează cu tulburări hidroelectrolitice și acidobazice (acidoză).

Tratamentul este conservator sau epurare extrarenală.

6.5. RABIA (TURBAREA)

Este o zoonoză specifică animalelor sălbatice și domestice, cauzată de virusul rabic, transmisă la om prin mușcătură și caracterizată printr-o evoluție rapid fatală. Boala apare după o incubație variabilă, în medie cîteva săptămîni, tabloul clinic îmbrăcînd două forme de manifestare: 1 — forma furioasă; 2 — forma paralitică (rară).

După o perioadă prodromală, în care bolnavul este trist, melancolic, acuză cefalee, insomnie și prezintă o ascensiune termică „febra premonitorie" (Babeș), apar după 2—3 zile semnele clinice evocatoare:

a) hidrofobia (spasmul mușchilor faringieni și laringieni), manifestată prin repulsie intensă la băut;

b) aerofobia — același spasm apărut la declanșarea unui curent de aer. Se adaugă o stare de hiperexcitabilitate, hipersalivație și eventual paralizii periferice, asimetrice.

Scanned with OKEN Scanner

Moartea survine în cîteva zile, rar după 1—2 săptămîni. Deși evoluția este fatală, se citează două cazuri vindecate prin asocierea unei terapii intensive și tratament specific (ser, vaccin).

Profilaxia rabiei vizează măsuri de combatere a rezervorului de virus (vulpi, cîini, pisici), măsuri de educație sanitară, vaccinarea persoanelor supuse infecției (veterinari, pădurari, silvicultori etc.). Profilaxia persoanelor mușcate de animale suspecte vizează atît spălarea plăgii și tratarea ei cu detergenți sau chiar cauterizarea, cît și începerea vaccinării și administrarea chiar, în anumite situații a serului antirabic (40 U.I./kg corp).

6.6. RICKETTSIOZE

Sînt îmbolnăviri răspîndite pe tot globul, cu caracter sporadic, endemic sau epidemic, datorită unor microorganisme numite Rickettsii care sînt introduse în organism întotdeauna în urma unor înțepături (păduche, purice, căpușe, acarieni) și care se manifestă clinic prin febră, stare tifică și erupție (exantem).

Rickettsiozele, care constituiau în trecut o gravă problemă epidemiologică, prezintă astăzi un aspect particular, fiind, în primul rînd, zoonoze tropicale. Proporția ridicată de persoane imune și organizarea unei rețele sanitare moderne cu măsuri antiepidemice eficace au avut ca rezultat retrocedarea sau chiar dispariția rickettsiozei majore (tifosul exantematic istoric). Tifosul de recădere este o îmbolnăvire apărută la om de la primul atac și survine datorită persistenței în organism ale rickettsiilor.

Diagnosticul pune la îndemîna laboratorului metodele virusologice (cultivare) și serologice eficace : reacția de fixare a complementului, reacția de microaglutinare a rickettsiilor, reacția de hemaglutinare pasivă.

6.6.1. TIFOSUL EXANTEMATIC

Cea mai veche rickettsioză cunoscută, evoluează fără tratament, în două săptămîni.

Febra este ridicată, sînt prezente semne nervoase (delir), exantemul petesial se observă pe trunchi și membre. Atingerile cardiace cu miocardită sînt relativ frecvente. Se descriu complicații arteriale cu gangrena articulațiilor. Tratamentul cu antibiotice (Cloramfenicol, Tetraciclină) modifică radical tabloul clinic ; în decurs de cîteva zile — febra scade, obnubilarea dispare, bolnavul își revine.

Scanned with OKEN Scanner

6.6.2. RICKETTSIOZE ZOOTICE

Sînt îmbolnăviri cauzate de diferite tipuri de rickettsii și transmise de artropode (căpușe, larve de acarieni, purici). În tifosul murin, agentul cauzal este R. Mooseri, vectorul fiind puricele de șobolan sau de cîine, boala avînd aspectul unei infecții febrile de 8—10 zile, cu erupție maculoasă

Febra butonoasă, răspîndită în zona mediteraniană, este cauzată de R. conori, transmiterea bolii de la cîine se face prin căpușe. Caracteristica clinică este un exantem eruptiv butonos sau papulo-nodular.

Febra pătată a Munților Stîncoși are o evoluție clinică gravă cu erupție peteșială și tulburări nervoase accentuate. Rezervorul îl constituie rozătoarele sălbatice și animalele domestice, omul se îmbolnăvește prin intermediul căpușei, agentul patogen fiind R. ricketts.

Diagnosticul acestor rickettsioze se bazează pe reacții serologice specifice (reacția de aglutinare, RFC). Tratamentul este constituit de administrarea cloramfenicolului sau a tetraciclinei, în doze uzuale, timp de 7—10 zile.

6.7. TRICHINOZA

Boală cu evoluție ciclică cauzată de infestarea cu larve de Trichinella spiralis și definită clinic ca o boală cu evoluție febrilă, cu alterarea stării generale, mialgii, artralgii, edeme localizate sau generalizate, simptome oculo-conjunctivale, tulburări digestive, respiratorii, renale. Evoluția, cel mai ades, este rezolutivă, sau cu suferință sechelară.

Dificultatea diagnostică în trichinoză este mult ușurată, în practică, prin cercetarea eosinofiliei, care în primele săptămîni atinge valori pînă la 60—70% sau chiar 90% ; cea mai certă metodă rămînînd însă biopsia musculară care pune în evidență, în fragmentul cercetat, larvele parazitului.

Terapia etiotropă, care urmărește distrugerea parazitului (vermifuge), este completată prin terapia patogenică (cortizon) și întărită prin terapia de compensare (repaos, alimentație, vitaminoterapie).

6.7.1. FORME GRAVE CU MANIFESTĂRI TOXICE (TOXICO-ALERGICE)

Se însoțesc de hipertermie durabilă, tahicardie, hipotensiune arterială, zgomote cardiace asurzite, extrasistole. Bolnavii mențin o stare saburală, sînt constipați, mai rar au diaree. Sînt prezente simptome care

Scanned with OKEN Scanner

traduc o reacție alergică : edeme, erupții cutanate, prurit, mialgii, manifestări vasculare, uneori de tip encefalopat. Edemul se localizează frecvent la pleoape, ulterior se extinde pe toată fața. Sînt întîlnite mialgii și artralgii generalizate sau localizate.

Terapia clasică se amplifică cu măsuri de reanimare și reechilibrare hidroelectrolitică.

Scanned with OKEN Scanner

NEUROLOGIE

1. COMA

La un comatos sînt necesare : 1) Stabilirea existenței comei. 2) Profunzimea comei. 3) Etiologia comei.

Existența comei se afirmă prin faptul că bolnavul se găsește într-o scădere marcată sau pierdere a cunoștinței (conștienței, stării de veghe), cu pleoapele închise, cu scăderea sau pierderea motilității voluntare spontane (vorbire, pleoape, mișcări ale membrelor etc.) și perceptivității, cu reducerea sau pierderea reacțiilor automate, a reflexelor somatice și terminal a celor vegetative. Se datorează tulburărilor intense și extinse pînă la dispariția funcțiilor corticale, subcorticale, modulate de cele de trunchi cerebral, axul leziunilor fiind sistemul reticulat ascendent (S.R.A.A.).

Patogenie. Se admite ca fiind o pierdere a vigilizării scoarței cerebrale prin scăderea aportului aferentelor sistemului reticulat activator ascendent în cadrul unor leziuni structurale sau metabolice, extinse, principal, în trunchiul cerebral (sau difuz în hemisfere).

Profunzimea comei se apreciază prin nivelul de suferință funcțională cerebrală ; de la cel cortical pînă la cel bulbar deosebind :

— Coma ușoară, superficială (gr. I), corticală ca somn cu trezire, scăderea cunoștinței (conștienței), răspunsuri minime elementare verbale, răspunsuri motorii parțiale, întîrziate și adesea neadecvate la excitanți verbali sau senzitivi (îndepărtare a excitantului — înțepare, ciupire cutanată, pectorală).

— Coma medie (gr. II), subcorticală, în care odată cu adîncirea precedentei cu schiță de răspunsuri de îndepărtare a stimulilor intenși, cu semne piramidale (Babinski), extrapiramidale, rigiditate de decorti-

Scanned with OKEN Scanner

care (hiperextensia tuturor membrelor cu flexia brahială), cu păstrarea încă a funcțiilor trunchiului cerebral (reflex fotomotor, reflex deglutiție).

— Coma profundă (gr. III), pedunculo-pontină și ponto-bulbară (gr. IV) de nivel de trunchi cerebral, cu pierderea reacțiilor de apărare față de excitanți, dispariția progresivă și a reacției de decerebrare (hiperextensia tuturor membrelor) la ciupire pectorală, Babinski bilateral, dispariția progresivă a reflexelor fotomotor (peduncul), cornean (punte), deglutiție (bulbar), ca și alterarea automatismelor respiratorii de la tip Kussmaul la Biot (gasp.).

— Coma depășită (V) de nivel spinal (moarte a creierului), dispariția automatismului respirator (respirație menținută artificial), cu prezența posibilă de răspuns reflex lent, de extensie sau flexie a degetelor la excitația plantară.

Examenul neurologic relevă :

I. **Starea cunoștinței** (conștienței) prin capacitatea examinatului de-a reacționa, prin deschiderea pleoapelor, răspunsuri de limbaj, răspunsuri motorii pînă la pierderea totală a acestora la stimuli verbali și apoi orice stimul, conform modelului Teasdale (Glasgow).

II. **Funcții vegetative:** — respiratorii : respirație Cheyne-Stockes cu pauză posthiperpneică (insuficiență renală, circulatorie, arteriosclerozã) ; — accelerată și profundă (Kussmaul), în acidoza diabetică hipoxii, leziuni mezencefalice-pontine ; tip agonic cu pauze la sfîrșitul inspirației, expirației (gasp.), (Biot) ponto-bulbară pînă la respirația ataxică bulbară preexitus. Halena este evocator de acetonă (coma diabetică acidocetozică) amoniacală (uremică), fetidă (hepato-intestinală), alcoolică.

Cardiovascular prăbușire, scădere de tensiune cu bradicardie (Hipertensiune intracraniană, meningite, intoxicații alcoolice, morfină), tahicardie în infecții, come vasculocardiace, cînd poate fi și aritmică (fibrilație). *Digestiv,* vărsături și mai ales sughițul în coma uremică, hipertensiune intracraniană, insuficiență circulatorie bulbară. *Temperatura* scăzută în comele glicemice, mixedematoasă, intoxicații barbiturice, este crescută ascendent acut în procesele vasculo-cerebrale agravante. *Deglutiție,* cu alterarea timpului I labio-bucal în comele superficiale și a timpului II faringo-esofagian în coma gravă.

III. **Starea perceptivității** se apreciază prin intensitatea stimulilor necesari obținerii unor răspunsuri motorii folosindu-se atît stimuli sensoriali (acustici), cît și senzitivi dureroși (înțepare, ciupire cutanată, ciupire pectorală, mamelon).

IV. **Starea reactivității** se relevă prin starea mișcărilor spontane sau provocate : — redoarea de ceafă prezentă în meningită, hemoragie subarahnoidiană, tumori cerebrale : — amplitudinea comparativă și viteza desfășurării unor mișcări spontane sau după excitanți (lipsa

Scanned with OKEN Scanner

lor într-o parte a corpului în hemiplegii) ; — menținerea unor poziții pasive (membrele ridicate cad flasc, mai evident de partea paraliziei, membrul inferior flectat din genunchi cade în abducție sau alunecă lent), policele în adducție, piciorul rotit în afară, obrazul paralizat deviat spre partea sănătoasă bombînd în expirație, grimasare dureroasă de partea sănătoasă la apăsarea segmentului vertical mandibular, desfacerea pasivă mai facilă a pleoapei paralizate, abolirea reflexului abdominal de partea paralizată, semnul Babinski unilateral în hemipareza sau bilateral în leziuni piramidale difuze cerebrale (encefalopatie hipertensivă, encefalită, edem), reflexe osteotendinoase vii în totalitate abolite în coma agravată.

Pleoapele sînt închise, iar după deschidere pasivă revine mai lent cea de partea hemiplegică, globii oculari privesc spre leziunea cerebrală și se opun direcției de răsucire a capului, plutesc în leziunea pedunculară, coboară în cea pontină superioară, sînt ficși median în hemoragia intraventriculară, ficși revulsați în sus, pupile midriatice în coma gravă ponto-bulbară.

V. Pupilele, sînt **miotice** în somn, și în hemoragii ventriculare, trunchi cerebral, intoxicații cu opiacee, barbiturice, pesticide, pilocarpină. **Midriatice** unilateral în leziuni pedunculare, hematom intracranian ipsilateral, midriatice bilateral în intoxicația cu atropină, și devin midriatice fixe în coma agravantă ponto-bulbară. Reflexul fotomotor dispare în aprofundarea comei din nivel peduncular spre cel pontic urmîndu-i cel cornean de nivel pontic, apoi reflexul de deglutiție prin nivel bulbar în concordanță cu tulburările respiratorii din aspect Kussmaul la cel Biot (ponto-bulbar) și ataxic bulbar. În coma dismetabolică de nivel troncular inferior poate persista reflexul fotomotor.

VI. **EEGrama** se alterează (teta, delta) pe măsura aprofundării comei din starea II—III, devenind izoelectrică în coma depășită.

VII. Coma trebuie **diferențiată** de :

a) Areactivitatea nevrotică (post conflictuală), negativism sau chiar opoziție la tentativa de mișcări pasive (deschiderea pleoapelor), reflexele somatice normale.

b) Somn profund — trezire prelungită după stimuli.

c) Hipersomnia din unele stări patologice stabilizate din leziuni infecțioase, vasculare cerebrale (hipotalamice), insuficiență anoxică, respiratorie și din care sînt vigilizați pentru alimentare.

d) Lipotimia, pierderea acută de cunoștință cu hipotonie globală remisivă și fără modificări patologice de reflexe, tegumente palide, transpirații reci.

e) Sindroame particulare psihoorganice cu menținerea pleoapelor deschise, din care :

Scanned with OKEN Scanner

— Catatonia, păstrarea îndelungată a unei atitudini într-o trăire psihotică (Schizofrenia).

— Rigiditate din Parkinson cu „pernă imaginară", pseudospondilită ankilopoetică.

— Stupoare, imobilitate completă și insensibilitate la excitanți, urmînd unei cauze abrupte (psihic, traumatic).

— Mutism akinetic imobilitate, indiferență somatică și verbală și insensibilitate la stimuli, exceptînd cei vizuali, ochii rătăcind nesemnificativ spre diverși excitanți vizuali (persoane din cameră), prin leziuni a zonei mediale, din substanța reticulată, ponto-mezencefalică, fără leziuni piramidale.

— Sindrom deseferentare (Locked -in), areactiv motor și verbal, tetraparetic prin leziuni piramidale și formația reticulată, reactivi numai prin privire la diverse solicitări, verbale, codificate.

— Starea vegetativă persistentă (sindrom apalic), sindrom de moarte cerebrală, urmînd unei come profunde, ca o stare sechelară de rigiditate decerebrată sau decorticată, dependentă de îngrijirea din jur.

Etiologic. Încă în timpul examinării comei se impune tendința de orientare spre etiologie : 1. Endogenă ; 2. Exogenă.

1. Endogenă : a) vasculară ; b) postacces epileptic, eclamptică ; c) hipertensiunea intracraniană (tumori) ; d) endocrină ; e) metabolică, viscerală ; — diabetică, hipoglicemică, — reno-uremică, — hepatică, — pancreatică, — anoxică pulmonară, — anemică, — dezechilibrare ionică (hiperosmolară, hiposomolară).

2. Exogenă : a) traumatică ; b) infecțioasă meningo-encefalitică ; c) toxică, medicamentoasă (barbiturică, ganglioplegice) ; d) etilică-metilică ; e) oxid de carbon ; f) pesticidică, substanțe chimice, atropină ; g) ciuperci.

Coma vasculară este dată de hemoragie cerebrală, hemoragie subarahnoidiană, infarctul cerebral și encefalopatia hipertensivă.

Hemoragia cerebrală este evidențiată prin apariție ictală, ictus apoplectic, pierderea abruptă de cunoștință, hemiplegie flască cu căderea mai repede atonă a membrelor dintr-o parte, devierea feței și a ochilor spre partea neparalizată (leziunii hemisferice), semnul Babinski mai evidențiat de partea hemiplegică.

Cea *emisferică ictală* corespunde comei descrise, cu devierea ochilor și obrazului spre leziune, opusă hemiplegiei.

Cea *ventriculară* este tonico-convulsivă, cu rigiditate prin decerebrare (cu membrele în hiperextensie), mioză, Babinski bilateral, evoluție hipertermică cu exitus în cîteva ore.

Cea de *trunchi cerebral*, cu rigiditate prin decerebrare, ochii strabici (depărtați), pupile inegale.

Scanned with OKEN Scanner

Apariția febrei ascendente este de semnificație gravă. Depășirea primelor zile, aplatizarea febrei, liniștirea respirației, stabilizarea tensiunii este încurajatoare pentru progresiva superficializare a comei și progresiva ameliorare a cunoștinței, a reflexelor de deglutiție, motilității.

Infarctul cerebral (ramolisment cerebral). Se instalează fără pierderea sau cu pierderea cunoștinței mai lent (minute, zeci de minute), dimineața la sculare din pat, WC, în timpul mesei, uneori precedat cu ore sau zile de pareze trecătoare sau parestezii în viitorul membru paralizat. Evoluție spre comă superficială sau profundă ingravescens. Apare în general la vîrstnici, ateroscleroticî, diabetici, arteritici, alcoolici, cașectici, lent sau abrupt, ictal, prin ischemie, scăderea debitului (ocluzie) sanguin cerebral, iar la tineri valvulopați prin embolii (valvulo-parenhimatoase), ca și, posibil, prin embolii din aterom, din coaguli cardiaci (fibrilație), embolii gazoase (depresurare rapidă — puncții pleurale). Accidentul poate dura ore — 24 ore (accident ischemic tranzitoriu), se poate ameliora în cîteva zile, sau poate fi progresiv agravant.

Tabloul clinic este al hemiplegiei totale (tromboza de arteră *silviană profundă*), cu afazie hemianopsie, fie parțială hemiplegie facio-brahială (*silviană superficială*), crurală cu apraxia mîinii stîngi (*cerebrală anterioară*), hemianoptică (*cerebrală posterioară*), alternă (cu paralizii de nervi cranieni), prin tromboze de ramuri din trunchiul vertebro-bazilar ca în *S. Wallenberg* (bulbar retro-olivar), cu tulburări de deglutiție prin paralizie de hemiväl, Cl. Bernard-Horner, sughiț, în salve cianozante, hipoestezie termoalgică pe trunchiul și membrele de partea opusă trombozei.

Diagnosticul diferențial: prin hemiplegia lentă cu tumorile cerebrale, în care apar semne de hipertensiune intracraniană ; encefalita febrilă ; leucoencefalită politopică ; lacunarism cerebral cu *sindrom pseudobulbar*, cu microsemne bilaterale, reflex palmomentonier, tulburări de deglutiție, tendința la plîns și rîs spasmodic ; insuficiența vertebro-bazilară cu vertij, semne vestibulo-cerebeloase ; paralizia brahială (plex) fără semne piramidale (Babinski), umărul dureros.

Hemoragia meningee (subarahnoidiană), posibil prin hemoragie de anevrism cu debut la orice vîrstă, brusc, cefalee, sincopată, obnubilantă, uneori la așa-zișî migrenoși, fără semne de paralizie, cu evoluție în orele următoare de meningită aseptică (redoarea cefei, subfebrilă), hemoragii retiniene. Evoluție posibil gravă exitantă, în prima zi, prima săptămînă.

Encefalopatia hipertensivă la un vechi hipertensiv în cursul unui puseu, devine comatos gr. II/III cu convulsii, hemipareză bilaterală, Babinski bilateral, hemoragii retiniene, dar cu tendință spre superficializare, mai ales după deshidratante și hipotensive de urgență.

Scanned with OKEN Scanner

Coma vasculară, ca orice urgență, se internează în primele ore, în spital. Se exceptează hemoragia intraventriculară gravă cu convulsii care duce la exitus în cîteva ore. Ridicarea bolnavului se va face cu multă grijă și niciodată nu va fi apucat de cap, ci numai prin spate (interscapular), susținîndu-se capul. Se va urmări :

— scăderea tensiunii arteriale la hipertensivi peste 200 max. cu Raunervil i.m., Papaverină 1—2 fiole i.v. În caz de infarct cerebral (tromboze), Heparină 1 fiolă la 6 ore ;

— degajarea căilor respiratorii ;

— scăderea edemului cerebral (mai ales în encefalopatia hipertensivă), prin injectarea de Furosemid 3—4 fiole i.v., Manitol 15%, perfuzie, ser glucozat hiperton 33% 40—60 ml, sulfat de Mg 20%, lent, 20 ml ;

— modificarea permeabilității capilare DH Ergotoxin (Hydergin), fiole 2/zi ;

— tonifierea cordului (Miofilin, Lanatozid C, Digoxin) ;

— întreținerea echilibrului hidroelectrolitic (perfuzie cu ser glucozat, ser clorurat) ;

— în stările febrile și iminența de bronhopneumonie — antibiotice 1 000 000 U.I. Penicilină la 6 ore, Ampicilină 2—3 g/24 h, Biseptol 4 tablete/zi ;

— mobilizare pasivă a membrelor din primele zile ;

— alimentarea bucală, nazală după primele zile ;

— clismare periodică.

Coma epileptică corespunde stării stertoroase postcriză, cu respirație rară profundă, hipotonie globală, limba mușcată, pierdere de urină, posibil trecător Babinski bilateral, apoi trecerea în somn din care își revine în decurs de cîteva ore sau zeci de minute. Repetarea subintrantă a crizelor constituie starea de *rău epileptic* (status epilepticus), grav, și adeseori febril, mortal. Tratament : Fenobarbital injectabil, Diazepam injectabil i.v., Hemisuccinat de hidrocortizon, Sulfat de magneziu.

Coma eclamptică în a doua jumătate a sarcinei cu edeme, hipertensiune arterială, mioclonii, crize convulsive repetate, posibil hemipareză. Tratament : Sulfat de magneziu, Fenobarbital, Diazepam.

Coma din hipertensiunea intracraniană (tumori, metastaze) corespunde sindrom de con de hipertensiune intracraniană cu redoare a cefei, sughiț, bradicardie, Babinski bilateral, reflex de apucare forțată, decerebrare, ptoză cu deviere în strabism divergent a ochilor (semne de torsiune de trunchi cerebral), anizocorie (inegalitate pupilară), midriază de partea tumorii la un bolnav cu cefalee, obnubilare progresivă și semne hemiparetice. Fundul de ochi arată prezența edemului sau stazei papilare. Nu se face puncție lombară. Se deshidratează cu ser glucozat 33% (60—100 ml), Sulfat de magneziu 30% 2—3 fiole i.v., Manitol 20% 200—400 ml în perfuzie, Furosemid 4—6 fiole.

Scanned with OKEN Scanner

Coma endocrină hipotiroidiană (mixedematoasă) din anotimpul rece, mai ales la femei, instalare lentă, hipotermie, hipotonie, Babinski la un mixedematos, fără frison, mortalitatea 50—70%. Tratament de urgență : cu hormoni tiroidieni și corticosteroizi (Cl. Mayo).

— *hipertiroidiană* (Basedow), hiperkinetică, gestualizări dezordonate, tremurături, agitație, anxietate ;

— *addisoniană* (insuficiența cortico-suprarenală) acută cu hipotensiune, tulburări digestive, somnolență, uneori confuzie psihotică, hipotonă și hiporeflexie cu instalare rapidă pe fond addisonian ;

— *S. Waterhouse-Friderichsen* prin hemoragie suprarenală bilaterală cu purpură hemoragică, de etiologie infecțioasă (diaree, convulsii, cianoză, erupție periferică, colaps) ;

— *hipohipofizară* hipo sau hipertermică, hipoglicemică dar fără transpirații, rigiditate musculară, Babinski.

Coma diabetică acido-cetozică hipotonă cu hipotonie oculară, miros de acetonă, tegumente uscate, reci și palide, respirație Kussmaul, hiperglicemie, glicozurie, corpi cetonici, cea hiperosmolară cu valori mari, glicemie fără acetonă, rezerva alcalină normală, semne piramidale. Se face 20 U. i.v. insulină, chiar la domiciliu și apoi transport la spital, de urgență, pentru combaterea acidozei, încă în prima oră, hidratare.

Coma hipoglicemică cu hipersudorație, midriază, mișcări de plutire a ochilor, hiperreflexie, Babinski mioclonii, convulsii, glicemie sub 0,50 g‰.

Coma uremică cu tegumente și mucoase uscate (limba arsă), respirație ondulantă, Cheyne Stockes, hiperpnee, miros amoniacal, hipotermie, mioclonii, uneori convulsii, obnubilare, confuzie, idei de acuzare.

Coma hepatică, insuficiență hepatică, encefalopatia portocavă (amoniacală, diselectrolitică), bradipsihie, confuzie, mioclonii, flapping, tremor (fîlfîire a mîinilor), apoi obnubilare, rigiditate extrapiramidală sau spasticitate, apoi hipotonie.

Coma pancreatică, anxios confuzională cu debut acut sau lent (5—21 zile), somnolență, rigiditate, mișcări anormale la un visceropat digestiv sau etilic, durere în baza abdominală cu propagare în lombe.

Coma hipoxică (respiratorie) din insuficiența respiratorie, dispneic cu somnolență, iritabil, neliniște, facies de batracian cu țesuturi infiltrate, edem papilar, mioclonii, convulsii.

Coma hipoxică anemică din hemoragii digestive, hematopatii, somnolență, anxietate, pareze, tulburări de vorbire, vizuale, hemoragii retiniene.

Coma hiperosmolară (diabet, insuficiență de aport hidric), cu deshidratare extracelulară și celulară, tegumente uscate, hipotensiune, hiperosmolaritate cu hipernatremie și hipercloremie, hematocrit crescut,

Scanned with OKEN Scanner

fără ceto-acidoză, hiperpnee, cu hiperglicemie. Se administrează insulină, corectare hidroelectrolitică (NaCl 4,5 g‰).

Coma hipoosmolară, cu pierdere de apă și electroliți, în cazurile de nefropatii, aport crescut de apă (intoxicații cu apă).

Coma traumatică comoțională superficială, de la secunde la cîteva minute, cu ușoare tulburări vegetative, cu păstrarea de reacții la excitanți, păstrarea de reflex cornean și fotomotor și revenire totală, fără sechele. Tendința de adîncire după o ușoară ameliorare, presupune dezvoltarea unui *hematom intracranian* și necesită efectuarea angiografiei carotidiene uni sau bilaterală, apare midriază unilaterală, hemipareză de partea opusă, hipertonie, Babinski bilateral, sughiț și edem papilar.

Coma traumatică contuzională, cu pierderea cunoștinței, de la minute la zile, cu semne vegetative, motorii și senzitive prin leziuni petesiale cerebrale sau hemoragii intracraniene, cu hemiplegie uni- sau bilaterală și sechele consecutive.

Coma toxică septică din avortul septic, între 1—6—12 zile, la o encefalită septică cu insuficiență renală, anurică și insuficiență hepatică icterică, debutează cu febră, agitație, hiperpnee, posibil mici semne piramidale, Babinski, cu evoluție progresiv spre obnubilare, stare subicterică, microhemoragii cutanate conjunctivale, cu prognostic foarte grav.

Coma infecțioasă (meningite, encefalite), prin infecții primare virale sau secundar septicemic, se manifestă prin febră, redoare a cefei Kernig I, II, fotofobie, convulsii, semne paretice cu Babinski în forme clinice cerebrale, necesitînd internare de urgență, LCR poate fi clar sau purulent (microbian).

Coma barbiturică, paloare, pupile miotice, respirație frecventă, hipotonie, globală (antidot ahypnon, strichnină), diureză forțată cardiotonice, poziție Trendelenburg, întoarcerea axială a corpului la 1—2 ore, control respirator vascular și hidroelectrolitic.

Coma prin ganglioplegice, hipotensiune, hipotermie.

Coma hidrazidă, hipotensiune, hipertermie, convulsii hipersecreție, bronșică.

Coma etilică — alcoolică, alcoolemie peste 3 g‰, cu congestia feței și a conjunctivelor, puls rapid, respirație profundă, cu miros de alcool, colaps periferic, paloare, cu extremități reci, livide, respirație Cheyne Stockes, convulsii, hipoglicemie, rigiditate de decorticare. Tratament cu cofeină, vit. B_6, ser glucozat.

Coma metilică, doză toxică de aproximativ 10 ml, iar cea letală de 30—100 ml. Apare o acidoză metabolică gravă și orbire, cu atrofie optică ca urmare a interesării celulelor ganglionare ale retinei. După fenomene ebrioase și narcotice ușoare și tranzitorii urmează o perioadă de latență asimptomatică de 6—30 ore, după care apare cefalee, amețeli, anorexie, crampe musculare, excitație psihomotorie, maniacală, convulsii. Vede-

Scanned with OKEN Scanner

rea scade progresiv, pînă la orbire cu midriază și abolire de reflex. Respirația este rapidă și superficială, sau rară și profundă. Moartea se produce prin stop respirator, mai rar prin colaps periferic. Tratamentul : oxigenoterapie, glucoză i.v. 5—10% în soluție izotonică și 0,5 g clorură de K/litru), alcalinizare cu soluție de bicarbonat i.v. sub control pH-ului sanguin. În caz de edem cerebral 40—80 ml glucoză 40%, ACTH 25 mg i.v., în perfuzie la 6 ore, 5—6 zile.

Oxid de carbon, coloratie roză a feței și a mîinilor, cu pete cianotice pe trunchi, convulsii (proba Haldane, o picătură de sînge în apă dă o colorație roșie-gălbuie în mod normal, colorație roșie în intoxicație). Tratament : oxigenoterapie, hiperbară, perfuzie cu novocaină.

Coma prin pesticide (organo-fosforice), cu pupile mici miotice, hipersalivație, hiperlacrimație, rinoree, transpirații, încărcare bronhorespiratorie, tahicardie, fasciculații musculare, crampe, tremurături, convulsii. Tratament de urgență : în coma cu pesticide organo-fosforice cu Atropină i.v. (4 mg apoi 2 mg i.m.) la 10 minute, pînă la dispariția semnelor parasimpatice miotice (tip muscarinic), Toxogonină 1 fiolă, Pirangit, PAM, supraveghere continuă și permanentă pînă la internarea în spital, și ulterior continuu.

Coma morfinică, pupile miotice, punctiforme, bradicardie, bradipnee, hipotonie globală cu areflexie, tegumente inițial umede, apoi reci, cianotice ; antidot — Nalorphine, Naloxan i.v. lent.

Coma atropinică, midriază bilaterală, tahicardie, eritem al feței, tegumente și mucoase uscate, apărînd la parkinsonieni (antidot — Pilocarpină 4—10 mg s.c.).

Coma prin intoxicație cu ciuperci : colici, vărsături, tahicardie, excitație psihică, delir, convulsii, eritem, midriază bilaterală.

Tratamentul comelor. Este de mare urgență și competență, necesitînd o atitudine generală și particulară. General : 1. degajarea căilor respiratorii și aport de O_2 ; 2. Corectarea stării de tensiune oscilantă ; 3. Tratament cardiac ; 4. Cateterism vezical urinar ; 5. Echilibrarea hidroelectrolitică ; 6. Tratament antiinfecțios ; 7. Atitudine specifică etiologică.

2. EPILEPSIA

Criza epileptică (Seizures, Anfälle) este de trei tipuri : majoră, minoră, focală.

Criza majoră este cea mai frecventă și semnificativă. Se manifestă prin pierderea abruptă a cunoștinței, cădere în contractura tonică, și cel

Scanned with OKEN Scanner

mai adeseori în extensie a corpului, membrelor, blocarea mișcărilor respiratorii într-o expirație tonică pînă la cianoză, țipăt gîtuit, mușcarea limbii, uneori deschiderea gurii chiar cu luxația mandibulei. Această fază durează 20—30 secunde, după care contractura, ajungînd la maximum încep convulsiile sacadate (faza clonică) frecvente, apoi mai ample și mai rare, ca niște svîcnituri sinkinetice a întregului corp, a membrelor, feței, împroșcînd saliva spumantă sau singerîndă și în circa 20—30 secunde încetează ultima convulsie, corpul devine flasc, respirație adîncă, rară și zgomotoasă (faza stertor — ca într-o stare de comă — comă epileptică), cu funcțiunile senzorii, motorii abolite, care poate dura cîteva minute.

Din această stare se trezește, uneori confuz și cu dureri de cap, sau trece în continuare în somn, de cîteva minute sau zeci de minute. În tot timpul crizei, cunoștința a fost pierdută. În timpul crizei poate pierde urina. Uneori poate fi precedată de o secundă sau fracțiune de secundă de o *fază prevestitoare* (aură, suflu), aceeași de fiecare dată, constînd adeseori dintr-o senzație de neliniște, urcînd dinspre epigastru, semnificativă și utilă, bolnavul putînd să se retragă imediat din locul periculos. Alteori, criza poate fi precedată de o perioadă mai lungă — de minute, sau ore, zile *(faza prodromală)* — de manifestări motorii, semne senzitive, viscerale sau trăiri psihice, tresăriri în membre, de senzații particulare în corp sau viscere, scăderi, acutizări sensoriale, uneori trăiri și comportament particular, instabilitate sau lentoare motorie și psihică, depresiune sau euforie, fericire stranie. Criza se poate repeta la intervale foarte largi (luni de zile) sau în cursul aceleiași zile, chiar la cîteva minute, subintrant, în care caz (mare urgență) se constituie starea de rău epileptic.

Criza minoră (petit mal) se manifestă cel mai obișnuit prin absența epileptică : absența constă dintr-o stare de suspendare scurtă de cîteva secunde a cunoștinței (fără cădere), întreruperea unei acțiuni cu mișcări fine automate (clipit, mestecat), scăparea obiectelor. Criza este scurtă, încît poate fi uneori neobservată sau poate fi remarcată ca o stare neobișnuită ce suspendă fluiența activității psihomotorii a pacientului. Alteori se repetă frecvent în timpul zilei (cîteva zeci, sute), tip picnoleptic (picnos=dens), sau se intercalează cu criza majoră, EEG apar tipic salve de vîrfuri undă, sincrone (3/secunde).

Criza focală parțială poate fi cu cunoștința păstrată, paroxism motor sau senzitiv localizat (Jacksoniană) și cu cunoștința pierdută (criza temporală). Crizele temporale (echivalențe) se prezintă sub forma de crize psihomotorii, psihosenzoriale, și vegetative cu manifestări paroxistice,

Scanned with OKEN Scanner

scurte (secunde) sau prelungite (minute, ore), cu diminuarea cunoștinței. Printre cele motorii se încadrează gestualizările automate, bizare, dezordonate sau procursive (automatism ambulator), cele psihosenzoriale cu alterări ale percepției mediului și uneori trăiri particulare psihice (stare deja văzut, deja auzit, deja trăit, halucinoze) și vegetative (tahicardie, crize abdominale). La copii, tot în acest grup de limită fiziologică, se pot încadra *pavorul nocturn* (trezirea speriată anxioasă, onirică urmată de adormire amnestică), ca și somnambulismul, stare de automatism nocturn ambele amnezice, fără modificări EEG.

Crize focale Jacksoniene motorii senzitive, repetitive ca formă de manifestare și localizare, cu păstrarea cunoștinței, sînt simptomatice de existența unui focar cortical.

Diagnosticul diferențial cu alte convulsii, cu păstrarea cunoștinței (toate de durată prelungită ore, zile) :

a) Tetanos, trismus, facies sardonic opistotonus febril.

b) Tetanie, spasmofilie, mîna de mamoș, bot de pește, după hiperpnee.

c) Intoxicații cu stricnină sau cu pesticide, cu contracturile progresive extinse, intense în minute, ore cu trismus, spasme glotice asfixice.

d) Turbarea cu hidro și aerofobie (spasm glotic la ingerare sau auzul apei curgînd ca și la vînturarea unei hîrtii), cu o agitație febrilă.

e) Rigiditatea decorticare, decerebrare pe fond lezional cerebral.

f) Arcul isteric, opistotonus prelungit, vertex călcîi postconflict nevrotic.

g) Eclampsie la gravide în ultimele luni, convulsii după amauroză trecătoare, hipertensiune arterială, edeme.

Tratament

1. Tratamentul crizei presupune evitarea condițiilor traumatice autoagresive, mușcarea limbii (introducerea unui sul de batistă între dinți, cu impingerea limbii).

2. Tratamentul statusului epileptic (inj. cu Sulfat de magneziu 1—2 fiole i.v. Diazepam fiole 2 ml (10 mg/i.v. încet), Fenobarbital, internare de urgență, Pentotal, Tiopental Na 2,5% (500 mg în 20 ml apă) lent 1—3 cmc (10—15 sec.), cu repetare după 3—5 minute (atenție respiratorie).

3. Tratamentul formei clinice, de epilepsie, avînd ca bază Fenobarbital 0,10 g (1—3/zi), Fenitoina 0,10 g (1—3/zi), Primidon 250 mg 2—4 pe zi, Mysolin, Sertan, Majsolin, Stazepin (1—3/zi), Finlepsin, în crize majore și crizele temporale (echivalente) ; Tridiona, Trepal succinimidele (Celontin, Morfolep, Suxilep) în absențe. Tratamentul obligatoriu zilnic, timp de 2 ani de la ultima criză, modulînd numai dozele.

Scanned with OKEN Scanner

3. AMEȚEALA

Ameţeala este starea subiectivă de tip somatic şi psihoenergetic, în general benignă, în care suferindul prezintă senzaţie penibilă de nesiguranţă în spaţiu, instabilitate continuă sau paroxistică în timpul schimbării unei poziţii a corpului, capului sau spontan. Ea poate fi resimţită şi ca o senzaţie de torpoare în ideaţie şi perceptivitate, viscozitate, cu elasticitate mintală scăzută, cu neliniște, iritabilitate, anxietate, încetinire a activităţii psihice, motorie, vegetative.

Cauze generale

a) psihice — suprasolicitare acută sau continuă, conflicte abrupte stresante, cu răsfrîngeri imediate în energetica activităţii nervoase, în echilibrul vasomotor, vegetativ, humoral (catecolaminic), sau conflicte continuu neuroastenizante privative, psihonevrotice ;

b) tulburări funcţionale şi lezional-viscerale (bronhopulmonare, digestive, vasculo-cardiace), anoxie, anemie, toxice endogene ; toxice exogene ; enzimo-inhibitorii ganglioplegice, narcotice, chinină, opiacee, alcool, tutun, CO, postsomn întrerupt şi insuficient ;

c) carenţial (înfometare, vărsături), endocrine, metabolice ;

d) infecţioase — parazitare, stări febrile ;

e) nervoase (vestibulare, nystagmus), pareze oculomotorii, viciu de acomodare vizuală, auditivă.

Tratament amplu etiologic : echilibru vasomotor (hipotensiune) sau tonice cardiovasculare, ameliorare a oxigenării respiratorii, anemiei, detoxifiante a encefalopatiilor viscerale, metabolice, energostimulante (Encefabol, Enerbol, Lucidril, Meclofenoxat), vitamine, anabolice (Decadurabolin), Decanofort 25 mg/l fiolă i.m. lunar, Metiltestosteron, Stricnină, reglarea somnului (Hydroxizin, Mogadon).

Diagnosticul diferenţial se face cu :

— stările organice care modifică cunoştinţa, vigilitatea, hipotensiunea ortostatică, lipotimia (leşin), obnubilarea, stările care scad tonusul muscular (cataplexia), derobarea membrelor inferioare (dropattack) din insuficienţa circulatorie vertebro-bazilară, anemii cerebrale.

— stările astenice anemice intense (viscerale, nefropatii hepatopatii, hemoragii digestive), tumori maligne, convalescente, boli de sistem, bine diferenţiate de vertij cu complexul său vegetativ (vomă), transpiraţii şi senzaţie de învîrtire (vertij).

Ele pot fi trecătoare, paroxistice declanşate de excitanţi minori, mai ales la cei cu echilibru de limită (labili, psihovegetativi anemici, convalescenţi).

Echilibrul — menţinerea corpului într-o poziţie în spaţiu (orto statică) este o rezultantă a numeroşi factori : musculari-articulari, ner-

Scanned with OKEN Scanner

voşi, psihici. La om, cel mai evoluat biped, este şi cel mai precar şi uşor alterabil. Tulburările de ortostatism se evidenţiază ca *ataxie statică* (în repaus), *dinamică* (în mers) :

— cea statică se manifestă prin tendinţa de cădere spre toate direcţiile prin leziuni de căi *nervoase periferice, spinale posterioare* care transmit sensibilitatea proprioceptivă profundă conştientă (polinevrite, tabes, scleroze combinate, sindrom neuro-anemic, compresiuni medulare ş.a.), intensificate la închiderea ochilor — manevra braţelor întinse cu ochii închişi (Romberg), uneori cu derobare a genunchilor şi reflexele osteotendinoase diminuate, *căi spino-cerebeloase* care transmit sensibilitatea profundă inconştientă, cădere într-o parte, indiferent de poziţia capului, cădere spre emisferul *cerebelos*, înainte în vermis anterior, înapoi în vermis posterior (tumori cerebeloase) ;

— *vestibulare* — cădere spre urechea bolnavă, în raport cu poziţia ei spaţială prin răsucirea capului ;

— cădere înspre înapoi în polinevrite, sau în paralizii bilaterale de extensori ai membrelor prin nefixarea gîtului piciorului.

— cădere într-o parte şi înapoi, fără încercare de redresare (ataxia frontală) în tumori frontale ;

— cădere înainte şi lateral spre tumora de unghi ponto-cerebelos (neurinom acustic) ;

— înclinare înspre înainte în rigiditatea în semiflexie din parkinson, sau înapoi (opistotonus) în meningite, crize tumorale cerebeloase, histerie.

— cădere pe el însuşi, cu derobarea genunchilor în parapareze de tip piramidal (mielopatie, compresiuni), polinevrite, mai ales poliradiculonevrite, leziuni bilaterale de nervi crurali, sciatic, distrofii musculare (miopatii) cu atrofii proximale, miastenie.

— malformaţii congenitale sau cîştigate ale membrelor inferioare.

Ataxia cinetică. Mersul, paşii sînt nesiguri, mişcările de partea leziunii sînt dezordonate, prin tulburări de coordonare cu tremor inteţional, oscilant, depăşind larg ţinta în probele indice-nas, călcîi-genunchi (polinevrite, tabes, leziuni cerebeloase).

Sindromul cerebelos se mai însoţeşte de *vorbire sacadată*, întreruptă, lentă, spre deosebire de vorbirea guturală din sindromul pseudobulbar, vorbirea bitonală din paralizia de coardă vocală (adesea cu tuse), prin leziune de recurent ; vorbirea nasonată din paralizia de văl (leziune de vag şi glosofaringian), vorbire monotonă şoptită din parkinson, vorbirea dezordonată din coree, vorbirea tremurătoare (dizartrică), cu defecte în pronunţare din paralizia generală progresivă (luetică).

Vertijul (vertire, rotire) este senzaţia subiectivă penibilă, dezagreabilă în care pacientul are iluzia rotirii corpului său faţă de spaţiul

Scanned with OKEN Scanner

înconjurător, sau a spațiului față de corpul său. Diferă de amețeală, cu care adesea este confundată, tocmai prin senzația de rotire.

Sensul rotației poate fi în cele trei planuri ale spațiului. Se însoțește adesea de senzație de greață, vomă, amețeală, slăbiciune, tulburări de vedere și auz, sudorație.

Se obiectivează prin tendința de înclinare, deplasare, pînă la căderea într-o direcție a capului, corpului, nystagmus ocular, posibil semne vegetative (paloare, transpirații, vomă), trăiri psihice anxioase. Substratul principal este cel vestibular (periferic receptor labirintic, periferic axonal, nervos, periferic nuclear) și cel central (căi vestibulare, scoarța cerebrală). Acest substrat este în legătură largă, complexă, cu aparatul anatomic al urechii interne, nervul vestibular, trunchiul cerebral, căile centrale cerebelo-oculo-motorii și spinale, cu sistemul vegetativ cu formațiile de control a mișcărilor a echilibrului postural, mersul și mișcărilor corpului, implicit a celor oculare, iar la nivelul scoarței cu zonele parietale, temporale, cu cele psihizate de cunoaștere, toate generînd tablouri comune și particulare. Vertijul Ménière se caracterizează prin vertij, grețuri, vărsături, scădere de auz.

Se deosebesc : **Vertijul periferic** (armonic), cu vărsături, grețuri, sudorații și tendința de cădere spre partea opusă mișcării **rapide** a nystagmusului ; **central** (disarmonic), adesea fără greață și vărsături, cu cădere spre partea mișcării rapide a nystagmusului. Mersul cu ochii deschiși sau închiși (Babinski Weil), ca și manevra Romberg cu ochii închiși, sau simpla întindere a brațelor relevă în general o înclinare spre partea sistemului vestibular bolnav, spre partea lentă a nystagmusului.

Nystagmusul este spontan sau provocat prin urmărirea degetului examinatorului, lateral, probe vestibulare, proba calorică (18—25°), ipsi lateral, rotator (partea opusă), galvanic nystagmus pol negativ, înclinare pol pozitiv (anodic).

Tratament. Antispastice : per os sau în supozitoare în caz de vărsături (Extraveral, Bergofen, Foladon, Atropină). Tranchilizante : Emetiral, Diazepam, Dogmatil, Torecan, Serc. Vasodilatatoare : Papaverină, Sadamin, Complamin. Modificatoare de permeabilitate vasculo-nervoasă : Sulfat de magneziu, DH Ergotoxin. Desensibilizante : Romergan, antihistaminice. Antiinflamatoare : Cortizon, Hemisuccinat de cortizon. Neuroleptice : Clordelazin.

Se mai pot da : Rp. Chinină 0,15 g, Papaverină 0,04 g, extr. belladonă 0,03 g, Fenobarbital 0,02 g (3—4 cașete/zi), Atropină de 2 ori pe zi 1 mg, sau Rp. Sulfat de atropină 0,02 g, apă distilată 300 g — 3 linguri/zi ; Rp. Atropină sulfurică 0,001 g, Luminal 0,03 g, bicarbonat de Na 0,3 g pentru un praf (3/zi) ; Rp. Bromura de Na 10 g, iodură de Na 20 g,

Scanned with OKEN Scanner

apă distilată 270 g (3 linguri/zi). În perioada de liniștire: Torecan 1—3 comprimate/zi, Emetiral 1—2/zi ; Desensibilizante : Histamina doze mici 1/10 mg progresiv, Avil.

4. PARALIZIA

Este o insuficiență motorie cu scăderea forței musculare și amplitudinii unor mișcări (pareză), pînă la pierderea forței și mișcării (plegie). Se manifestă în orice mușchi (față, membre, trunchi) prin leziunea căilor motorii centrale (piramidale) sau a celor periferice (nervi).

În paralizia de tip central (piramidal) se constată :

— paralizia unor grupuri extinse de mușchi, membre, hemicorp (monopareze, hemipareză) ;

— hipertonie (spasticitate, predominant pentru flexorii membrelor superioare și extensorii membrelor inferioare) ;

— hiperreflexie osteotendinoasă, clonus (mișcare de pedalare a piciorului la apăsarea vîrfului lui) ;

— semnul Babinski prezent (extensie halucelui la excitația plantară).

În paralizia de tip periferic (nervi) :

— afectarea unui grup redus sau a unui mușchi (parțial) prin leziune de nerv (median, cubital etc.), plexuri, polinevrite, radiculite ;

— hipotonie ;

— hipo-areflexie osteotendinoasă ;

— atrofii musculare, fasciculații ;

— absența semnului Babinski ;

Paralizia de tip paretic sau plegic poate prinde un membru (monopareză), două membre simetrice, obișnuit cele inferioare (paraparează), toate membrele (tetrapareză), membrele dintr-o parte a corpului (hemipareză).

Tipuri și cauze de paralizii :

Hemiplegia de tip central (piramidal), spastică, cuprinde membrele și hemifața dintr-o parte a corpului. Apare în leziunea fasciculului piramidal în emisferul de partea opusă ; cînd leziunea este în măduvă, este homolaterală și nu cuprinde fața. Debutează cu sau fără comă, semnul Babinski, hiporeflexie inițială osteotendinoasă, apoi în cîteva zile hiperreflectivitate. Se însoțește de hipoestezie cutanată, uneori hemianopsie — homonimă (pierderea jumătății cîmpului vizual de partea opusă leziunii pentru fiecare ochi), afazie în hemiplegia dreaptă.

Scanned with OKEN Scanner

Afazia senzorială (nu înțelege cuvîntul auzit și scris), afazie motorie (înțelege dar nu se exprimă prin limbaj, vorbit, scris). *Cauze :*

— vasculare (hemoragie la hipertensivi cu comă apoplectică, ramolisment la arteriosclerotici, cardiopați ; embolii cerebrale, la valvulopați, adeseori cu comă sau accident ischemic tranzitoriu cu durată de ore) ;

— tumorală : instalarea lentă extensivă săptămîni, luni, cu semne de hipertensiune intracraniană (cefalee, vărsături, bradicardie, stază papilară) ;

— encefalită : stare febrilă, obnubilare, convulsii ;

— demielinizantă cu semne politopice (leucoencefalite, scleroză multiplă), repetitivă sau progresivă.

Hemiplegia emisferică este egală pentru toate segmentele, prin hemoragia regiunii talamo-lenticulare, cu prinderea capsulei interne (teritoriul art. lenticulo-optice) sau ramolismentului de arteră silviană totală cu hemianestezie, hemianopsie, afazie.

— este predominant facio-brahială în hemoragia subcorticală și mai ales în tromboza de arteră silviană (cerebrală mijlocie), superficială ;

— este predominant crurală în hemoragia subcorticală, dar mai ales în ocluzia de arteră cerebrală anterioară cu tulburări de motilitate crurală, apraxie (pierderea gestualizării membrului în folosirea unui obiect) a mîinii stîngi.

Hemipareza talamică, prin leziuni a regiunii talamice, este dată de tumori și de tromboze a arterelor talamice, cu interesarea de talamus, prezentînd de partea opusă leziunii hemipareză ușoară ; — deficit intens de sensibilitate profundă ; — deficit ușor de sensibilitate superficială dar cu hiperpatie, senzație de arsură, de suferință, la excitații îndeosebi de rece sau chiar psihice, localizarea lor spre rădăcina membrelor ; — tremor intențional ; — mișcări coreoatetozice ; tulburări vegetative ; — posibil hemianopsie.

Hemiplegia alternă în leziunile vasculare hemoragice trombotice de trunchi cerebral (excepțional hemoragice în bulb), cu paralizii de nervi cranieni ipsilateral și cu hemiplegie sau tulburări de sensibilitate heterolaterală.

Hemiplegia spinală cervicală (tip Brown Séquard). Paralizie spastică cu hiperreflexie a membrelor ipsilateral fără față. Deficit de sensibilitate superficială eterolateral.

Paraplegia (tetraplegia), cel mai adesea a membrelor inferioare, se manifestă prin paralizie spastică cu hiperreflexie a membrelor, simetrice, flască inițial, apoi spastică, în mielite (inflamații medulare), ramolismente medulare, traumatisme, spastic progresivă în tumori ver-

Scanned with OKEN Scanner

tebro-medulare, cu anestezie (cu limită superioară la același nivel bilateral în mielite), tulburări sfincteriene, semnul lui Babinski bilateral ; fără semnul lui Babinski, flasce și amiotrofice în leziunile cozii de cal. Paralizia extremităților distale este simetrică *flască* amiotrofică, cu tulburări de sensibilitate mai intense distal în polinevrite, radiculite, poliradiculite.

Paralizia spastică. Se manifestă în formele medulare cu debut sub acut, ca și lent progresiv (compresiune vertebro-medulară, sindrom de fibre lungi (mieloze), mielopatii din spondiloze, paraplegie familiară, scleroza multiplă, arahnoidita spinală).

Monoplegia este paralizia parțială sau totală a unui membru, fie spastică prin leziune piramidală, fie flască prin leziune de nervi (traumatic, toxic, infecțioase), leziuni de plex brahial, lombosacrat, adesea însoțite de amiotrofii și de tulburări de sensibilitate obiective și nevralgii.

Mononevrita (nevrita) este inflamația unui nerv, cu alterarea funcției sale motorii, senzitive, vegetative.

Multinevrite — inflamația mai multor nervi în mai multe segmente (diabetică, colagenoză).

Polinevrita este sindromul de afectare a fibrelor tuturor membrelor în porțiunea distală simetric, bilateral, cu instalare și evoluție în zile, săptămîni, cu posibilă vindecare. Se manifestă prin semne distale, simetrice, pareze predominant în extensori, cu fasciculații și amiotrofii, abolire de reflexe osteotendinoase corespunzătoare, dureri musculare la presiune, hipoestezie din ce în ce mai intensă distal în membre, tulburări trofo-vegetative cutanate și a unghiilor.

Polinevritele (motorie, senzitivă, vegetativă) diferă etiologic :

a) **toxic etilică** — toate semnele, tremurături, semne psihice de tip etilism cronic sau S. Korsakov (confuzie, amnezie anterogradă, confabulație) :

— **saturnină** (plumb), motorie la membrele superioare de tip radial cu cruțarea lungului supinator ;

— **arsenicală,** intens amiotrofică distală cu intense tulburări de sensibilitate, vegetative trofice, dunga albă transversă a unghiei ;

— **talică,** cu cădere a părului ;

— **hidrazidică, nitrofuran, sulfamidică** — discrete parestezii și ușoare pareze distale.

b) **Infecțioasă :**

— **diferică, botulinică,** cu paralizii ale acomodării vederii pentru aproape (vede numai departe), paralizie de văl, tulburări de fonație și de deglutiție ;

Scanned with OKEN Scanner

— **colagenozică,** cu pareze parțiale politopice amiotrofice, stare febrilă.

c) **Carențială dismetabolică :**

— **diabetică,** paretice distale, ușoare, cu tulburări de sensibilitate profundă, la tineri adeseori dureroasă și proximală (crurală) ;

— **gravidică,** cu ușoare pareze (monopareză cubitală median) și parestezii ;

— **paraneoplezică,** discrete pareze amiotrofice, pe fond emaciant ;

— **globulinică,** pareze discrete amiotrofice cu hipertensiune arterială, parestezii (intensificate de frig), macroglobuline, crioglobuline ;

— **porfirinică,** aspect nevrotic schimbător, la care apare și se intensifică progresiv un tablou tetraparetic poliradiculonevritic proximal, amiotrofic, cu dureri musculare, redus deficit senzitiv, caracteristic urina de culoare închisă roșie-brună (vin de Burgundia), abdomen acut pseudochirurgical, uneori evoluție gravă. Este o tulburare în metabolismul porfirinelor, cu creștere de precursori ai hemoglobinei (acid amino-levulinic, porfobilinogen, protoporfirine).

Tratament : doze mari de vit. PP. Evitarea strictă a fenobarbitalului, piramidonului ; perfuzii cu hemateină, glucoză.

Poliradiculonevrita (Guillain-Barré) : sindrom inflamator infecțios. alergic, polinevritic cu extindere inflamatorie și în regiunea proximală, meningo-radiculită, cu tabloul clinic polinevritic, paretic cu extindere în ore, zile, dinspre membrele inferioare uneori proximal pseudomiopatic spre cele superioare, și ulterior (1—2 săptămîni) în mușchii faciali, abducens și mai redus de văl. Intensitatea maximă este între a 8—14-a zi, cînd poate necesita asistare respiratorie artificială prin iminența de asfixie paralizantă a respirației. În lichidul cefalo-rahidian (disociație albumino-citologică) creșterea albuminei peste 0,60—1 g‰, fără creșterea leucocitelor. În general se vindecă. Diferă de sindromul Landry, cu evoluție paralitică nesenzitivă ascendentă, posibil febrilă, gravă, cu prinderea centrilor respiratori, fără disociație în LCR și exitus în 3—6 zile, internarea de urgență la reanimare. Aceste forme paralitice diferă de : *sindromul de coadă de cal.*

Tabloul clinic dat de leziunea rădăcinilor spinale intrarahidiene, cel mai adesea subdurale de la rădăcina L_2—S_5. Aceste rădăcini, în drumul lor oblic descendent, înconjură la început măduva pînă la vertebra L_2, apoi devin ca un mănunchi în sacul dural care se termină la S_2, ieșind pe parcurs din sacul dural spre găurile lor intervertebrale.

Se realizează diferite tipuri clinice :

1) Sindrom total de coadă de cal, cu paralizia amiotrofică a membrelor inferioare, de obicei bilateral, abolirea reflexelor rotuliene (L_2—L_4)

Scanned with OKEN Scanner

și achiliene (L_5—S_1), amiotrofii și fasciculații în mușchii membrelor inferioare, dureri în membrele inferioare, deficit senzitiv de la L_2 (jumătatea oblică a coapsei), pînă în regiunea fesieră (S_3—S_5), tulburări sfincteriene, urinare și genitale.

2) Sindromul parțial superior (L_2—L_4) al coapselor.

3) Sindromul parțial mijlociu (L_5—S_2), cu paralizii de extensori a piciorului, abolirea reflexelor achiliene de tip SCIATICA, deficit senzitiv pe L_5—S_2 a gambelor și picioarelor.

4) Sindrom parțial inferior S_3—S_5, fără paralizii ale membrelor inferioare, dar cu hipotonie și paralizie fesieră, cu tulburări sfincteriene, anestezie în șea a feselor.

Trebuie diferențiat, mai ales, de *mielită, tumoră medulară,* a terminației medulare (con medular), conținător al centrilor sfincterieni, în care, pe lîngă sindromul total sau numai de tip inferior S_3—S_5, dominat de tulburări sfincteriene și de deficit senzitiv, motor fesier, apare semnul Babinski (leziune piramidală), iar durerile sînt mai reduse ; *sciatică* de obicei unilaterală cu dureri posterioare în lungul membrului inferior, spontane și la probele de elongație, rareori paretică, cel mai frecvent produsă prin hernie de disc intervertebral (L_4—L_5) (L_5—S_1)), (vezi algii, sciatica).

Tratament după consult neurologic (sterolic sau nesterolic) — antiinflamator : Cortizon, Prednison, Superprednol, Cortrosin, Vertebran, Fenilbutazon, Tomanol ș.a.).

5. ATAXIA

Tabes. Este o boală sifilitică apărînd în jurul vîrstei de 30 ani, la 10—15 ani după infectarea luetică, dominată nu atît de paralizii sau de scădere în forță musculară a membrelor inferioare, cît prin tulburările de sensibilitate profundă, de tulburările ataxice, de coordonare atît a mersului (privește unde calcă și numai merge seara), cît și ataxia membrelor inferioare (călcîiul nu nimerește genunchiul), iar în mers piciorul azvîrlit dezordonat calcă puternic pe talpă și călcîi. Reflexul achilian și rotulian abolite, dureri fulgerătoare în membrele inferioare, dureri viscerale gastrice, deficit senzitiv profund mioartrokinetic cu păstrarea sensibilității superficiale, osteoartropatii nedureroase, acumulări urinare vezicale fără senzație micționantă, ulcere trofice atone plantare, atrofie optică, sindrom Argyll-Robertson (pupile punctiforme neregulate, inegale, reflexul fotomotor abolit cu păstrarea sau schițarea celui de adaptare la vederea depărtată și apropiată).

Scanned with OKEN Scanner

Crizele gastrice, tabetice sînt neinfluențate de alimentație, cu durata de cîteva zile, cu vărsături intense chiar hemoragice, fără modificări radiologice. Diagnosticul diferențial cu : reumatism, visceropatii inflamatorii, canceroase, sciatica, sindrom de coadă de cal, în care sînt tulburări de sensibilitate superficială, radiculare), polinevrite (arsenicale), ataxii, nevritele optice. Tratamentul antiluetic (Penicilină, Bismuth) — piretoterapie.

Sindromul neuroanemic (mieloza funiculară). Afecțiune carențială B_{12} demielinizantă, spinală, însoțind anemia pernicioasă, cu leziuni în fasciculele lungi medulare : piramidale (motorii), posterioare (sensibilității profunde a tonusului și tactile) epicritice, spinocerebeloase (ale coordonării și tonusului), cu evoluție lentă în luni și ani, cu semne de lezare a celulelor tinere cu viața scurtă (hematii, celulele epiteliale a mucoasei tractului digestiv), cu semne :

— digestive — atrofia mucoasei tractului digestiv cu glossita Hunter, achilie gastrică histamino-rezistentă ;

— hematologice — (anemie hipercromă), (macrocelulară, megaloblastică) ;

— neurologice tip *polinevroanemic* — polinevrite cu tulburări de sensibilitate profundă (a pozițiilor și simțului mișcărilor), posibil Babinski, *mieloanemic* pareze cu forța musculară scăzută, hiper sau hiporeflexie osteotendinoasă, Babinski prezent, tulburări mari de sensibilitate profundă a perceperii mișcărilor pozițiilor, uneori chiar mișcări pseudoatetozice, tulburări intense ataxice a ortostatismului și mersului, *psihoanemice* uneori predominante cu tablou de confuzie mintală, sindrom Korsakow (vezi polinevrite) prin lipsa factorului intrinsec gastric și a celui extrinsec (vit. B_{12}, acid folic), necesar formării de acizi nucleici. Necesită terapeutic aport de vitamină B_{12} (50—1 000 micrograme).

Se aseamănă neuropsihic cu ataxia din pelagră, intoxicație cu mazăre furajeră (pentru animale), intoxicație magnezică, ataxii predominant cerebeloase, toxice, etilice, ataxia variceloasă (cerebeloasă infecțioasă și trecătoare), atrofii cerebeloase lente progresive, tumori cerebeloase, frontale, cu semne de hipertensiune intracraniană (vezi H.I.C.), ataxia vestibulară (vezi vertij), sindroame medulare pareto-ataxice.

6. ATROFII MUSCULARE (AMIOTROFII)

Se manifestă prin scăderea sau dispariția fibrelor musculare (mușchilor), cu sau fără fasciculații, paralizie.

Sînt de cauze : musculară, neurală și prin nefolosire.

Scanned with OKEN Scanner

— **musculară** (miopatii sau distrofii musculare, miozite inflamatorii neurodermatomiozită). În *miopatii* (D.M.), eredo-familiare la copii, tineri, apar atrofii simetrice fără fasciculații în mușchii proximali ai centurilor, umerilor, brațelor, șoldurilor, coapselor, mușchii axiali (ai feței, paravertebral), reflexele osteotendinoase și idiomusculare dispar, retracții fibrotendinoase, mers legănat ;

— **neurală** (leziune de neuron periferic) :

— amiotrofii simetrice distale în membre, eminențele tenare, hipotenare, spațiile interosoase dorsale, mușchii picioarelor și gambelor. Apar în afecțiuni spinale familiare (M. Charcot-Marie) sau nefamiliale — poliomielita, polinevrite, poliradiculonevrite. În scleroza laterală amiotrofică (S.L.A.) apar fasciculații politopice persistente generalizate care cuprind și limba, atrofii a mușchilor membrelor limbii, reflexele osteotendinoase vii, fără tulburări de sensibilitate, evoluție progresivă cu tulburări de deglutiție ;

— amiotrofii monotopice (unele grupe musculare) în leziuni de nervi, plexuri, multinevrite (diabetică colagenoză), medulare.

Amiotrofii para-articulare în artropatii blocante, fracturi cu neutilizarea mușchilor.

Tratament : vitamine, fosfobion, stricnină fizioterapie.

7. AFECȚIUNI ALE NERVILOR CRANIENI

Extremitatea cefalică oferă numeroase aspecte importante neurologice. Ele se manifestă principal prin semne de leziune a nervilor cranieni.

Perechea I — hiposmie, anosmie, prin leziuni ale fibrelor și bandeletei olfactive din :

— afecțiuni ale mucoasei nazale (atrofia, congestia, inflamația virotică a fibrelor din cursul stărilor gripale) ;

— leziunea lamei ciuruite etmoidale (fracturi), orbită, tumori infiltrative ;

— sinusita, tumora osoasă, tumora intracraniană, *meningiom de șanț olfactiv,* proces care se manifestă prin anosmie unilaterală, semne de hipertensiune intracraniană, epilepsie, modificări de poziție a ochiului, exoftalmie unilaterală, senzații paroxistice de hiperosmie sau modificări de miros uneori penibil (cacosmie), în tumorile cerebrale frontale bazale și temporale).

Perechea II — optic. Tulburarea de vedere prin cauze dependente de calea optică, senzorială. Leziunea căii optice se exteriorizează prin

Scanned with OKEN Scanner

tulburări de acuitate vizuală (scăderea vederii) uni sau bilaterală, din-nevrite optice (infecţioase), vecinătate (sinusuri), toxice (chinina, alcool metilic), leziuni vasculare în nervul optic, leziuni maculare, hemoragii retiniene, leziuni degenerative ş.a.

Scăderea vederii (ambliopia), pînă la pierderea acuităţii vizuale (amauroza) unilaterală poate apărea în leziuni unice retino-maculare, ca şi prin afectarea unilaterală a nervului optic (infecţios vascular, compresiune tumorală, ca şi în scleroza multiplă).

Sindromul Foster Kennedy, în tumora frontală, determină scăderea vederii, cu atrofie optică homolaterală, edem papilar de partea opusă.

Edemul papilar din papilită (proces inflamator a papilei nervului optic) scade acuitatea vizuală, cel din hipertensiunea intracraniană (tumorală) menţine iniţial acuitatea vizuală.

Scăderea de acuitate pasageră poate apărea în migrenă oftalmică (unilateral), ca şi în ischemia de arteră oftalmică, artera cerebrală posterioară, trunchi bazilar la vîrstnici. Defectul vizual poate fi global sau parţial, cu lipsuri din cîmpul vizual, scotoame (pete în cîmpul de vedere al fiecărui ochi) şi hemianopsie unilaterală şi bilaterală prin leziunea căilor optice, nerv, chiasmă, bandeletă, scoarţă. La acestea trebuie adăugate amauroza psihogenă, diagnostic prudent care necesită trimiterea în spital a cazului.

Perechea III — oculomotor comun, IV, patetic, VI oculomotor extern. Afectarea acută a aparatului motor ocular, *strabism* (devierea ochiului), paralizia unui oculomotor ca şi leziunea bandeletei longitudinale posterioare (vestibulare) determină *diplopie* (vedere dublă). Diplopia mai intensă spre partea care acţionează muşchiul se poate însoţi de strabism evident clinic sau discret.

Strabismul *extern* (devierea ochiului în afară) apare în paralizia adductorilor prin leziunea de oculomotor comun (III), cu ptoză palpebrală, inegalitate pupilară (anizocorie), midriază (mărirea pupilei), abolirea reflexului fotomotor, homolateral. Strabism *intern,* prin paralizia de abductor (nervul VI oculomotor extern), ochiul deviat înăuntru, leziunea bilaterală, determină strabism divergent şi convergent.

Midriaza pupilară patologică apare prin leziunea parasimpaticului pupilar, trunchiul nervului III, ganglionii oftalmic, nervii ciliari scurţi, muşchii pupilo-constrictori, în leziuni de trunchi cerebral sau în lungul nervului, ca şi prin iritarea simpaticului cervical.

Midriaza pupilară unilaterală, cu hemipareza de partea opusă la un traumatizat cranian sau etilic este semnificativă de hematom intracranian (Griesinger).

Scanned with OKEN Scanner

Mioza unilaterală cu ptoză palpebrală, enoftalmie (sindrom Claude Bernard-Horner) este semnificativă de leziunea de simpatic cervical; mioză bilaterală apare în somn, hemoragie de trunchi cerebral, intoxicație cu pesticide, opiacee.

Leziunea de trigemen (V) se manifestă prin paralizia maseterilor temporalilor, cu hipotonie, și devierea mandibulei gurii deschise spre leziune, anestezie în hemifață, hemilimbă și a corneii de partea leziunii, parestezii și eventual dureri continue sau repetitive în hemifață, cu sau fără lăcrimare și rinoree în nevralgia trigeminală, simptomatică, nevritică.

Paralizia facială periferică (VII), cel mai adesea „a frigore", ca și postfractură de stîncă (traumatism cranian) se manifestă prin dureri retroauriculare, pierderea contractibilității hemifeței, lagoftalmie (neînchiderea pleoapelor), devierea gurii spre partea sănătoasă, tulburări de gust în hemilimbă. Se deosebește de paralizia facială de tip central, din hemiplegie, fruntea putîndu-se încreți și pleoapele închizîndu-se, ovalul paretic al gurii deviind spre leziune. Tratament în paralizia facială „a frigore" — cortizon, vitamina B_1 masaj manual, a feței. Sechelar poate apare hemispasm facial, cu sinchinezii palpebro-bucale.

În **leziunea de VIII** (acustico-vestibulară) se constată surditate de percepție, ca și nystagmus cu vertij (nevrită infecțioasă, toxică, neurinom de acustic).

Leziunea de glosofaringian (IX), pe lîngă pareza homolaterală de văl cu ascensiunea lui oblică spre partea contractilă, sănătoasă, cu devierea și a peretelui faringian (semnul cortinei) se însoțește de tulburări de gust în limba posterioară, tulburări de deglutiție solide, apare în fracturi craniene, bazale, tumori, leziuni vasculare bulbare.

Leziunea de vag (X), pe lîngă paralizia de văl, se însoțește de paralizia corzilor vocale homolateral (n. recurent), uneori sughiț, (iritativ), tulburări de deglutiție (lichide), cu refluarea apei pe nas. Voce nazonată sau bitonală. Se observă în polinevrita difterică, poliradiculonevrita, tumorile de bază cu afectarea găurii rupte posterioare, sindromul retro-olivar Wallenberg.

În lacunarism cerebral (*sindrom pseudobulbar* al vîrstnicilor) apar tulburări în funcție de fonație și de deglutiție (microleziuni vasculare bilaterale în fasciculele geniculate), rîs și plîns spasmodic, hipertonie piramidalo-extrapiramidală, microsemne piramidale (r. palmomentonier).

Leziunea de nerv spinal (XI) (accesoriu) determină pierderea contracției trapezului și sternocleidomastoidianului homolateral. Iritarea lui produce torticolis spastic persistent.

Scanned with OKEN Scanner

Leziunea de hipoglos (XII), la baza craniului (gaura mare condiliană, tumorile bazei limbii), determină atrofii în hemilimba homolaterală cu devierea vîrfului spre aceeași parte la scoaterea limbii.

Ultimii nervi cranieni sînt afectați în procese inflamatorii nevritice virotice, leziuni vasculare ischemice de trunchi cerebral, tumori de trunchi cerebral, și mai ales tumori (epiteliom, sarcom) a bazei craniului, a regiunii retrofaringiene. Se recomandă radiografia de bază (Hirtz, Pancoast).

Tratament: a) antiinflamator: Cortizon, cu avizul neurologului; b) antitrombotic (Heparină în leziuni de bulb); c) citostatice, radioterapie în cele tumorale.

8. MIȘCĂRI INVOLUNTARE

O mișcare involuntară sugerează un aspect cronic sau unul acut. Ea poate fi din copilărie (encefalopatie infantilă, cu hemipareza atetozică) sau poate fi de apariție recentă. În majoritatea cazurilor este tulburare extrapiramidală. Poate fi forma de manifestare a unei leziuni extrapiramidale sau tulburări funcționale corticale, hiperexcitabilitate neuromusculară, tulburări de sensibilitate profundă, ca și manifestări psihonevrotice (histerice).

În general, mișcările involuntare se manifestă ca: 1. mișcări coreice; 2. mișcări atetozice (coreo-atetozice); 3. mișcări hemibalism (excepțional); 4. tremurături; 5. mioclonii; 6. fasciculații; 7. ticuri; 8. crampe profesionale, spasme (blefarospasm).

Mișcările **coreice** sînt bruște, smucite, dezordonate, neregulate, ilogice, nu configurează sau nu sugerează o mișcare cu scop cum este *ticul* (ticul de a clipi, ca și cum l-ar supăra lumina, de-a întinde gîtul ca și cum l-ar strînge gulerul, de-a înălța umărul, vexat). Ele nu configurează o acțiune, sînt difuze și antrenează segmentele din corp, din membre, în amplitudini uneori crescute.

Se manifestă prin scurte contracții mobile neregulate a unor mușchi afectînd vorbirea, ritmul și timbrul vocii întrerupte, exploziv, sau ștergeri de silabe. Trunchiul este smucit, împins înainte, înapoi, abdomenul săltat, umerii împinși sau trași, segmentele din membre brusc flectate sau extinse ici-colo, imposibil a menține timp de secunde o poziție voluntară, degetele întinse sînt de asemenea animate de aceste tresăriri involuntare. Mersul este uneori dificil, cu fandări și extensie bruscă din genunchi. Tonusul muscular este scăzut. Apar mai ales la copii și tineri ca semne a unei encefalite extrapiramidale (putamen neostriat), față de

Scanned with OKEN Scanner

un virus reumatismal generator posibil concomitent de manifestări faringiene, articulare, cardiovasculare. Este forma acută coreică (minor) Sydenham. Boala respectivă este posibil să reapară în timpul sarcinii.

Forma care apare la adulți (forma cronică Huntington) este ereditară, cu leziuni degenerative atît extrapiramidale (neostriat), cît și corticale cerebrale, lent progresivă cu mișcări mai lente și cu tulburări psihice de tip depresiv, forma sporadică arteriosclerotică.

Coreea minor, sau coreea acută, se atenuează în săptămîni, luni, menținîndu-se separate și discrete tresăriri, uneori astenie, oboseală atît somatică cît și psihică. Necesită în timpul evoluției o continuă supraveghere pentru complicațiile posibile cardiovasculare reumatismale.

Tratamentul în coreea minor : 1. antibiotice, 2. antiinflamator (Salicilat, Cortizon), 3. sedative (Fenobarbital, Majeptil) ; 4. amigdalectomie sub protecție de antibiotice.

Diferă de sindromul hemicoreic sau coreo-atetozic care însoțește o hemipareză infantilă, sechelară encefalopatiei infantile, sau unei afecțiuni dismetabolice genetice.

Ticul este mișcarea bruscă involuntară oprită temporar, scurt, voluntar, care configurează un gest (clipire, întinderea gîtului, ridicarea nasului etc.), pronunțarea stereotipă a vreunui cuvînt. *Tratament :* sedativ, consult neurologic.

Atetoza este o formă de mișcare involuntară extrapiramidală lentă de mică amplitudine, constînd din mișcări de hiperextensie a unor degete și flexie a altora într-o trecere spre flexie sau extensie schimbătoare lentă, uneori torsionantă a mîinii, evocînd mișcările dansurilor exotice (Java). La față, mișcările sînt grimasante, lente, mimînd un surîs larg, tristețe sau admirație, limba este torsionată, vorbirea tulburată, mersul modificat, neregulat. Semnele se manifestă atît axial cît și distal în extremități, bilateral, în atetoza congenitală din encefalopatiile anoxice, icterul noului-născut, unele afecțiuni degenerative extrapiramidale (status marmoratus). Poate însoți un sindrom de dublă hemipareză sau hemipareză infantilă. Este semnificativă afecțiunilor copilăriei, dar poate apărea și la adult, în striatite infecțioase, ca și în vasculopatiile hemiparetice cerebrale, în sindromul talamic și în afecțiunile care se manifestă prin tulburări de sensibilitate profundă (cu mișcări pseudoatetozice), în sindromul neuroanemic.

Hemibalismul este o mișcare involuntară a membrului superior, cu torsionare amplă a acestuia într-o mișcare de azvîrlire și răsucire pe lîngă corp. Leziunea poate fi de cauză inflamatorie sau anoxic vasculară, lezînd nucleul subtalamic Luys.

Spasmele se manifestă printr-o contractură lentă tonică progresivă prelungită a unui grup muscular.

Scanned with OKEN Scanner

Hemispasmul facial apare ca o contractură tetanică a unei jumătăți a feței. Durează cîteva secunde și se repetă cuprinzînd toată hemifața sau numai pleoapele sau colțul gurii. Ele apar ca secundar unei paralizii faciale periferice (singura paralizie periferică care trece din paralizia flască în spastică), criza jacksoniană facială sau se manifestă aparent, fără cauză, primar (posibil în iritații ale simpaticului).

Spasmul poate să se localizeze numai în pleoape, unilateral sau bilateral (blefarospasm), și să se extindă pe toată fața (paraspasm facial) într-o contractură tonică a frunții, a pleoapelor, feței, uneori cu deschiderea gurii. Mecanismul și etiologia acestora sînt încă necunoscute. Se folosesc sedative, ganglioplegice, bonainizare a ganglionilor sfenopalatini.

Hemispasmul de torsiune apare adesea ca o sechelă extrapiramidală de encefalită, dar poate fi și primar (Ziehen-Oppenheim), extrapiramidal, constînd dintr-o contractură tonică răsucind corpul și brațele ca într-un efort de descătușare, așa cum este evocat în statuia Laocoon înlănțuit de șerpi. Torsionarea se produce în clinostatism (formele postencefalită), dar, mai ales, apare sau se accentuează în ortostatism.

Tratament: sedativ, Majeptil, Diazepam, posibil neurochirurgical, stereotaxic cu țintire palido-talamică. Diagnosticul diferențial cu torsiunea ce apare în tratamentul psihic cu ganglioplegice (haloperidol) și în care se recomandă Romparkin, Clordelazin, reducerea dozelor de Haloperidol. Poate apărea și în tratamentul cu Torecan.

Torticolis — constă din torsiunea spastică a capului, uneori înclinare spre umăr, cu atenuare la atingerea bărbiei. Tratament sedativ — Levomepromazin, eventual neurochirurgical.

Crampa profesională (a scriitorului, a violonistului) — este crampa contracturantă locală, a mușchiului, care apare în tentativa efectuării gestului profesional. Cedează prin folosirea obiectului cu volum mare (toc gros). Consult neurologic, sedative. Diferă de crizele repetitive spontane din: 1. epilepsia focală jacksoniană 2. claudicații vasculare cerebrale și periferice.

Tresăririle musculare se prezintă ca fasciculații și mioclonii.

Fasciculațiile sînt tresăriri (contracții) ale unor fascicule dintr-un mușchi. Fasciculațiile sînt scurte, fugace, repezi, fine, ca niște pîlpîiri. Ele pot fi locale repetitive, ca de exemplu în stări de oboseală, hiperexcitabilitate neuromusculară, localizare oriunde, dar monotopic (pe deltoid triceps, biceps etc.), fără extindere, repetîndu-se cîteva ore, zile și apoi dispărînd.

Alteori, fasciculațiile sînt fugace dar concomitente în diverși mușchi apropiați, depărtați, repetitive, extinse. Devin patologice și specifice unor afecțiuni, ca encefalita epidemică, forma algo-

Scanned with OKEN Scanner

mioclonică (Sicard și Roger), în intoxicații, alcoolism, uremie intoxicație organo-fosforică, în polinevrite, și mai ales semnificativ în *scleroza laterală amiotrofică* (SLA — vezi amiotrofiile), generalizîndu-se, mușchii pe cale de atrofiere atît în trunchi, membre, cît și în limbă cu prognostic grav.

Mioclonііle sînt contracții ample extinse în membre, apar în encefalita epidemică, în epilepsia mioclonică Unverricht, paramioclonus Friedreich, exacerbîndu-se la frig pînă la o contractură tonică generalizată a corpului, în afecțiuni extrapiramidale, în dissinergie cerebeloasă Ramsay-Hunt, afecțiuni degenerative cronice.

Mioclonusul vălului palatin — mișcare repetitivă asemănătoare cu cea a gușii de batracian sau păsărilor în timpul zilei, în căldură. Însoțește un sindrom de trunchi cerebral cu paralizii de nervi cranieni glosofaringian vag (tulburări de deglutiție), tulburări cerebeloase și nystagmus.

Tremurăturile sînt mișcări involuntare oscilatorii, ritmice, localizate în extremități, mîini, degete, bărbie, buze, cap și rar în trunchi, regulate și frecvente (tremor nevrotic, hipertiroidism), neregulate, și frecvente (tremor etilic cu senzație de ciocănire între falangele degetelor întinse la apăsare ușoară a vîrfurilor lor), regulate și rare, la parkinsonieni (4—6/s). Tremorul cerebelos intenționat apare în timpul unei mișcări (indice-nas) oscilant în mîna de partea leziunii cerebeloase. Tratament : Propranolol, sedative.

Sindromul parkinsonian este o formă clinică extrapiramidală dată de leziunea sistemului paleostriat (palidum, locus niger), apare la vîrstnici, arteriosclerotici, încît în etiologia sa apare atît o cauză vasculară (arteriosclerotică), cît și involutiv degenerativă. Cele care apar la mai puțin vîrstnici sînt encefalitice (letargică) și postencefalitice. Se manifestă prin : hipertonie, tremurături, akinezie.

Hipertonia (rigiditatea) de tip extrapiramidal cuprinde toți mușchii (predominant flexori). Este continuă atît în mișcarea pasivă de flexie și extensie, ca un tub de plumb sau o luminare și cedează sacadat (semnul roții dințate). Se deosebește de spasticitatea piramidală din hemiplegia vasculară cu leziune a fasciculului piramidal (în care hipertonia este elastică ca o lamă de briceag), mai intensă la început, apoi cedează, predomină pe flexorii brahiali și extensorii membrelor inferioare, se însoțește de clonus semnul Babinski.

Atitudinea este de statuie rigidă, cu trunchiul și membrele semiflectate ; mersul cu pași mici, tîrîți, fără balansare a membrelor superioare, față rigidă. Mișcările lente, monotone, vorbirea monotonă, stinsă. Senzație penibilă de neliniște dureroasă în corp, ce se atenuează la schimbarea poziției și mers.

Scanned with OKEN Scanner

Tremurul în mîini, degete, ca și cum numără bani, bătaie de sită (cerne făina) în ritm lent (6—9/s), spontan, în repaus atenuîndu-se (uneori exagerîndu-se) în mișcările voluntare. Tremorul diferă de cel cerebelos, care se evidențiază în timpul unei mișcări voluntare (intenționale, proba indice-nas), în scris, printr-o serie de oscilații alternative, amplificîndu-se spre terminarea mișcării. Tremorul din afecțiunea de hemisfer cerebelos (neocerebel) sau a căilor cerebelo-bazale (dento-rubric) este homolateral leziunii. Este de partea opusă cînd leziunea este distal de nucleul roșu (talamus), sau în pedunculul cerebral (sindromul Benedikt), însoțindu-se și de paralizie de oculomotor comun.

În **parkinsonismul postencefalitic** apar mișcări de răsucire a ochilor, cel mai des în sus (plafonare, crize oculogire), tulburări vegetative tip seboree a feței, sialoree (salivația vîscoasă), însoțind tabloul din maladia Parkinson (afecțiune a vîrstnicilor, aterosclerotic ilor). Apare ca sechelă de encefalită (parkinsonismul postencefalitic), în tumori cerebrale de nuclei bazali, intoxicații exogene (oxid de carbon, mangan), posibil sechelar posttraumatic, ca și în maladia Wilson (degenerescență hepato-lenticulară prin tulburare în metabolismul cuprului prin scăderea sau alterarea funcției cerulo-plasminei (alfa-2-globulină)) și în encefalopatia hepatică.

Tratament. Anticolinergice: Romparkin 3—4 tb/zi; Artan 2 mg (3 tb/zi) Akineton, Bemegrid, Tremaril Madopar în doze progresive, Atropină 0,5% g (sic volo) în picături (3 pic./zi), progresiv crescînd zilnic pînă la 3×10 picături, L-Dopa 500 mg în doze repetate și progresiv pînă la 4—6 g/zi, Amantadin (Viregyt 3/zi), Synemet, Nakom, Bromocriptina), tratament neurochirurgical stereotaxic (talamo-palidectomie).

9. PSEUDOPARALIZIILE

Pseudoparaliziile sînt stări care afectează funcția aparatului neuromuscular, trecător, fără lezarea substratului anatomic.

Dintre acestea sînt: 1. miastenia gravă pseudoparalitică; 2. diskaliemii; 3. mioglobinurii.

Miastenia, cu predominanță la tinere, se manifestă prin: fatigabilitate, pînă la pierderea mișcărilor feței, ochilor, buzelor, limbii, a mușchilor membrelor, cu tulburări de deglutiție, și de iminență de asfixie. Aceste semne apar spontan sau după un efort minim, repetarea mișcărilor și se atenuează prin somn și prin injecție cu Prostigmină (Miostin 1 mg subcutan). Se datorește unei tulburări funcționale enzimatice a sinapsei neuromusculare (scădere de Acholină) sau mecanisme autoimune, exces de anticorpi antimușchi, din timocite generate de timus hipertrofiat.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament (condus de specialist) : Miostin (Prostigmina) 1 mg 2—3 fiole/zi ; sau tablete 15 mgr (3—4/zi), Mestinon 60 mg 4—6/zi ; Mytelase 5 mg 3—4 tb/zi ; Kalimin 60 mg 1—3/zi ; radioterapie, timectomie. Pericolul tratamentului (colinergic) este declanșarea, prin supradozare, a *crizei colinergice* (acetilcolina) care se manifestă cu hipersecreție traheobronhică, mioză, sudorație, fasciculații și care se combate prin atropină (parasimpaticolitică), contraindicată în miastenie.

Diagnosticul diferențial cu stările de oboseală din adormire, intoxicație etilică, toxică (pupile miotice), efort intens muscular, cu paraliziile care sînt persistente săptămîni și luni, paraliziile din polinevrita difterică, botulinică, paraliziile de nervi cranieni, oftalmoplegii virotice (polioencefalita), etilice, degenerative, miopatia oculară cu evoluție lentă progresivă, nemodificate prin testul cu Prostigmină și electro-neuromiografic arătînd modificări de denervare sau distrofie. În miastenie se vor evita substanțe agravante — Chinina, opiacee, hipnotice (fenobarbital), tetraciclina, hormonii tiroidieni.

Diskaliemii :

Paralizia familiară periodică (Westphal) apare predominant la tineri prin pareze crurale cu extindere în ore și zile înspre cele superioare, cu cruțarea extremității cefalice, precedate uneori de infiltrare, edem cutanat și evoluînd spre vindecare completă, în următoarele zile, EKG arată o alungire a complexului Q—T, scădere a potasiului seric sub 4,5 mEq/l.

Adinamia episodică ereditară (Gamstorp), hiperkaliemică prin atacuri paretice flasce în unele segmente cu durata de cîteva ore, uneori provocate de frig, ca în paramiotonia congenitală și în mioglobinemii în care apar însă rigiditate, contracturi pasagere blocante.

Hiperaldosteronismul primar (Conn-adenom corticosuprarenal) și cel secundar (hepatic) renal se manifestă de asemenea prin paralizii flasce, simetrice, algice cu edeme hipernatremice, secundare prezenței crescute de aldosteron, poliurie, hipokaliemie.

Paralizia nevrotică histerică este caricaturală, grotească, teatrală, reflexe osteotendinoase nemodificate, deși uneori apare un pseudodeficit senzitiv în mănușă sau cizmă.

Miotonia se manifestă prin prelungirea contracției musculare și greutate în decontracție după o mișcare voluntară, de strîngere, excitație electrică, sau percuția cu ciocanul. Mușchii se hipertrofiază herculean în forma congenitală (Thomsen), se atrofiază în forma distrofică familiară (Steinert), în care apare și cataractă calviție, involuție genitală.

Paramiotonia Eulenburg se manifestă prin crize contracturante în unele segmente, la frig. Cele spasmofilice, tetanie latentă, cu hiperexcitație neuromusculară hipocalcemică, sînt provocate prin hiper-

Scanned with OKEN Scanner

pnee, spre deosebire de contracțiile motorii jacksoniene care sînt involuntare, conștiente, apărînd spontan, sporadic, scurt clonic monotopic (vezi epilepsia).

10. HIPERTENSIUNEA INTRACRANIANĂ (H.I.C.)

Este sindromul edemului cerebral determinat de creșterea conținutului intracranian (țesut nervos, sanguin, lichid) în craniul inextensibil osos.

Sindromul H.I.C. (hipertensiune intracraniană) apare datorită următoarelor cauze :

a) parenchimatoase (cerebrale) — tumori, metastaze, tumori chistice parazitare, granuloame calcificate, inflamații encefalitice, afecțiuni distrofice genetice ;

b) vasculare — hipertensiunea arterială, șunturi arteriovenoase, stază venoasă, stare alergică, anafilactică, insolație, hemoragii ;

c) lichidiană — jenă în scurgerea lichidului, meningite, hipersecreție de lichid cefalo-rahidian.

Clinic : cefalee difuză accentuată sau diminuată în schimbările de poziție, atenuată numai prin vărsături și deshidratante, vomă cu sau fără greață, adeseori, spontană, în jet, sughiț, convulsii, paralizia hemiparetică progresivă în săptămîni și luni, reflex de apucare forțată (mîna atinsă se strînge puternic pe obiect).

Tulburări psihice : indiferență cu glume neprotocolare, jignitoare, edem sau stază papilară ; la examenul oftalmoscopic retina are venele turgescente, iar papila cu tendință de proeminare cu margini șterse și hemoragii pe papilă și în jurul papilei în flăcări (stază floridă), cu păstrarea acuității vizuale. Staza trebuie diferențiată de hemoragiile răspîndite punctiforme, în flacără sau petale din retinopatia hipertensivă, anemii, diabet sau concentrate sectoral din tromboza de artere retiniene, din papilite în care scade vederea.

La percuția craniului, zgomot de oală spartă sau pepene răscopt. R-grafia cranianã arată osificări regionale (în meningiom), calcificări în granulom TBC ; cisticercoze ; distrugerea lamei patrulatere, deplasarea epifizei. R-grafia pulmonară este necesară, cancerul bronhopulmonar fiind cel mai metastazant cerebral. Nu se face puncție lombară.

Tratament : deshidratante cu injecții i.v. cu sulfat de magneziu 25% 2—3 fiole/zi, ser glucozat 33% 40—60 ml/zi, Manitol 15% 150 ml glicerol, uree. Conduita neurochirurgicală, explorările (angiografia, scintigrafia echoencefalografia, ventriculografia) intervenție și în unele forme radioterapie.

Scanned with OKEN Scanner

Tumori în regiunea chiasmei optice și șeii turcești. Șeaua turcească conține hipofiza cu adenohipofiza (anterior) și retrohipofiza (neurohipofiza). Șeaua este acoperită de diafragmul selar și este în vecinătatea înainte în sus cu chiasma optică, lateral cu sinusul cavernos și porțiunea internă a lobului temporal ; posterior cu pedunculul cerebral.

Tumorile hipofizare și regiunea șeii turcești se manifestă prin semne endocrine și nervoase. Ele diferă parțial după tipul tumorii.

Adenomul eozinofil produce acromegalie, diabet insulinorezistent, dilatarea șeii turcești cu lărgirea subclinoidiană.

Adenomul bazofil determină sindrom Cushing cu adipozitate, față de lună plină, hipertricoză, vergeturi rosiatice, hipertensiune arterială, osteoporoză fără modificări selare.

Adenomul cromofob (cel mai frecvent), sindrom adipozogenital, au involuție morfo-funcțională genito-sexuală, șa largă balonizată.

Craniofaringiom (tumora dură sau chistică calcară din vestigiul ductului faringo-cerebral) determină semne de tip cromofob.

Tumorile hipofizei se însoțesc uneori de diabet insipid (polidipsie cu poliurie) prin lezarea retrohipofizei, semne de deficit vizual (hemianopsie bitemporală), atrofie optică primară prin comprimarea chiasmei optice, posibil paralizie cu semne piramidale prin extindere posterioară spre pedunculul cerebral. Se recomandă r-grafia craniană (șa turcească, consult neurologic, neurochirurgical, endocrinologic).

Tratament neurochirurgical prin extirparea frontală, prin extirpare transfenoidală, radioterapie și substituție hormonală.

Hematomul intracranian. Este o colecție de sînge delimitată de membrane. Hematomul intracranian este :

a) cerebral (în hemisfere), delimitat de pseudomembrana fibrinoglionervoasă ;

b) subdural (delimitat de membrană fibrinoasă conjunctivă), între dură și arahnoidă, venos, contuzional ;

c) extradural (dezvoltat între dură și craniu), arterial.

Se manifestă prin trei timpi :

1. cel de impact (traumatism contuzional) sau spontan prin rupere de pereți alterați vasculari cerebrali, la arteriosclerotici etilici, malformați ;

2. interval de liniște cu revenire, ore, zile sau luni ;

3. perioada de deficit cu semne de hipertensiune intracraniană — confuzie, rigiditate, comă progresivă, sughiț, Babinski bilateral, midriază (ipsilaterală), decerebrare prin torsiune de trunchi cerebral, hemipareză uni sau bilaterală.

Scanned with OKEN Scanner

Hematomul extradural apare mai ales în traumatisme intense cerebrale contuzionale cu ruperea arterei meningee, adeseori grav și de urgență.

Hematomul parenchimatos este sugerat de hemiplegie de tip vascular cu agravare progresivă cu semne de H.I.C. sughiț, somnolență, decerebrare, edem papilar.

Hematomul subdural mai ales la etilici, acut în primele 3 zile, subacut în primele 2 săptămîni, cronic între săptămîni și luni de la momentul contuzional uneori uitat sau neglijat. Angiografia carotidiană arată prezența unei imagini lenticulare avasculare între craniu și parenhimul împins de hematom.

Tratament : deshidratant (vezi tumori), neurochirurgical pentru evacuarea hematomului și a membranelor sale, uni sau uneori bilateral.

Tromboflebita intracraniană. Sindrom inflamator al căilor venoase intracraniene (vene cerebrale și sinusuri) prin infecții de vecinătate (osteită, mastoidită), propagări infecțioase din vene aferente (epicraniene, facioorbitare, faringiene) venoase prin medierea venelor vertebrale, cu aferente din torace și mai ales bazin la parturiențe, embolii septice din plămîni (pneumopatii) generatoare de abces cerebral.

Tromboflebita cerebrală se manifestă prin hemiplegie, stare de agitație, anxietate, febră, posibil convulsii, confuzie mintală, comă.

Tromboflebita de sinusuri:

a) sinus longitudinal superior (cea embolică venoasă a parturiențelor), între a 4—14-a zi de la naștere, confuzie delirantă, paraplegie, comă gravă ;

b) sinus cavernos (prin venele facio-orbitare și faringo-pterigoidiene), chemosis palpebral exoftalmie edem papilar, parestezii dureroase în regiunea frunții (V 1) paralizie a mușchilor oculomotori (nervii III, IV, VI) ;

c) sinus transvers și sigmoid (otomastoidite la copii), HIC, convulsii, stază papilară.

Tratament : Heparină 4—6 fiole/zi, Fenilbutazon 3 tablete/zi, antibiotice intens și susținut, deshidratante, tratament chirurgical O.R.L.

11. LICHIDUL CEFALO-RAHIDIAN

Lichidul cefalo-rahidian secretat de plexurile choroide principal în ventriculii laterali se scurge în ventriculul mijlociu, apoi ventriculul 4, de unde prin orificiul median Magendie și laterale spre cisternele de fosă

Scanned with OKEN Scanner

posterioară (Cerebelo-bulbară) a creierului în jurul măduvei și creierului, fiind resorbit de granulațiile Pacchioni în sinusul venos longitudinal superior. Se găsește între arahnoida și pia mater în spațiul subarahnoidian. Cantitatea la adult este de 150 cc ; se secretă 0,4 ml pe minut.

Este extras rahidian (mai ales lombar), suboccipital din marea cisternă, ventricular prin fontanele și gaura de trepan. Este clar ca apa de stîncă. Conține cloruri 7,5 g‰, glucoză 0,50 g‰, albumină 0,25—0,30 g‰, 1—3 leucocite/mmc. Devine sanguinolent sau xantocromic în hemoragia subarahnoidiană recentă sau veche (o săptămînă) în meningitele gripale, leptospiroză, antrax ; tulbure în meningitele bacteriene (stafilo-strepto-pneumo-meningo-cocică). Este clar în meningite virotice, TBC, sifilis.

În meningite crește numărul de leucocite (sute, mii), crescînd și albumina (peste 0,30 g‰).

Disociația albumino-citologică (creșterea albuminorahiei fără creșterea numărului de elemente) se observă în poliradiculonevrite, compresiuni medulare.

În meningite scad clorurile ; în meningite TBC scad pînă la 5 g‰, glicorahia scade sub 0,50 g‰.

Reacția Wasserman pozitivă în sifilis și în hiperalbuminorahia din compresiuni medulare. Obstrurarea căilor de scurgere a LCR (arahnoidite) produce hidrocefalie la copilul mic, iar în rest hipertensiune intracraniană (cu indicație operatorie), drenaj derivator.

La copii, înaintea suturării oaselor craniene se produce **hidrocefalie** (craniu mare cu oasele dehiscente), orbita și masivul feței mic, prin creșterea volumului ventricular lateral, mijlociu (3), ventriculul 4, în caz de obstrucție a scurgerii LCR prin canalul Sylvius (trunchiul cerebral) sau orificiile Magendie și Luschka (marea cisternă), cerebelo-bulbară în arahnoidită, defect corectabil neurochirurgical între ventriculul lateral și marea cisternă (Torkildsen).

Craniostenoza (craniosinostoza) este starea opusă în care oasele craniului s-au suturat prococe încă din primele luni obligînd creierul să se dezvolte într-un craniu mic deformat (ţuguiat, oxicefal), lățit dolicoacrocefal sau alungit anteroposterior și îngustat lateral, ca o barcă răsturnată (scafocefal), stare care se însoțește de crize convulsive, tulburări de vedere, deficit motor și care sesizată, în primele luni, poate fi corectată prin neurochirurgie.

În **microcefalia** este craniul mic, dar cu creier mic nedezvoltat, ca în idioție, imbecilitate.

Scanned with OKEN Scanner

12. ALGII

Nervii senzitivi ai capului sînt : nervul trigemen, nervul glosofaringian, nervul facial, nervul occipital Arnold. Nervul trigemen cuprinde teritoriul feței, limitat de linia vertex-gaura auditivă externă, marginea verticală a mandibulei, exceptînd unghiul (gonion C_2) și apoi marginea inferioară pînă la bărbie, continuîndu-se cu linia mediană a bărbiei vertex. Cavitatea bucală corespunde palatului, mucoasei obrazului, limbii, gingiilor și dinților. Sinusurile sînt inervate tot de trigemen.

Nervul glosofaringian și nervul pneumogastric asigură sensibilitatea fundului gîtului, regiunii amigdaliene.

Nervul facial și trigemen — teritoriul pavilionului și conductului extern a urechii.

Nervul occipital a lui Arnold sau ramura senzitivă a C_2 asigură sensibilitatea jumătății posterioare a craniului, meningele sînt inervate tot de trigemen. Algiile sînt intracraniene și exocraniene.

Algii intracraniene. Meningee: cefalee difuză cu vărsături, redoare a cefei, semnul lui Kernig I (ridicarea în șezut a trunchiului nu este posibilă decît cu flectarea genunchilor) ; Kernig II (ridicarea în extensie a membrelor inferioare nu este posibilă decît cu flexia genunchilor). Apare în meningism, reacție meningee, meningită.

Hipertensiunea arterială; cefalee surdă continuă sau pulsatilă, apărînd mai ales spre dimineață cu localizare occipitală sau frontală.

Hipertensiune intracraniană: cefalee difuză, continuă cu intensificări paroxistice, cu ameliorare prin vărsături, posibil redoare de ceafă, edem papilar.

Hemoragia meningee: bruscă intensă, generalizată, sincopant sau obnubilantă, uneori comă, meningism, hemoragii retiniene.

Migrena. Durerea posibilă acută dar mai ales insidios surdă cu trecerea înspre durere intensă. Apare în frunte, regiunea orbitară oculară, temporo-parietală, extinzîndu-se pe tot hemicraniul, continuă, surdă sau pulsatilă, sau exacerbată de zgomot, lumină, conflict. Se însoțește sau poate fi precedată de indispoziție generală, iritabilitate, anorexie, greață uneori de fulgerări (scotoame) în zig-zag hemianoptic, sau de ptoză palpebrală homolaterală, hipersensibilitate la mirosuri. Crizele sînt adesea însoțite de greață cu salivație vîscoasă sau vomă gastrobiliară. Criza durează cîteva ore sau cîteva zile după care urmează, prin dispariția durerii, o stare de ușurare, chiar euforizantă. Apare în condiții diverse și cu tablouri mai mult sau mai puțin diferite ; în stări de oboseală fizică și psihică, de încordare a capului, uneori în poziții vicioase, stări

Scanned with OKEN Scanner

de stress psihic, profesional, nerealizare, toxice (tabaco-etilice), ingerări de alimente alergizante, perioade perimenstruale, modificări atmosferice, ca și în stări patologice viscerale, îndeosebi gastrobiliare. Poate fi precedată de semne premergătoare semnificative pentru bolnav și cei din jur.

Tipuri de migrenă :

Migrena obișnuită, cu hemicranie fronto-temporo-parietală cu hiperestezie, semne senzitive sensoriale, indispoziție psihică, grețuri, vărsături (Cluster=grupări de crize).

Migrena oftalmică: hemicranie, scotom strălucitor în zig-zag sau hemianopsie.

Migrena oftalmoplegică: hemicranie cu paralizia trecătoare a mișcărilor oculare, uneori dureri în globi (atenție la anevrisme cerebrale și tromboflebite de sinus cavernos).

Migrena secretorie :

a) Migrena histaminică Horton, cu debut post prandial sau adesea la orele 1—2 noaptea. Arterita temporală (Horton), dureri orbito-temporale, cu infiltrație și asfigmie temporală superficială, uneori pierderea vederii mono-oculare.

b) Migrena Sluder (ganglion-sfeno-palatin) — hemicranie, roșeața feței, lăcrimare, rinoree.

c) Migrena Charlin (ganglion oftalmic), cu dureri intense fronto-orbitare-oculare, cu lăcrimare, congestie conjunctivală.

Migrena Wail (nervul vidian), cu hemicranie, cu lăcrimare, sudorație și rinoree cu extinderea durerii spre regiunea latero-cervicală și chiar membrul superior. Trebuie diferențiate de :

Nevralgia facială, prosopalgie (prosop=față) sau nevralgie trigeminală sau tic dureros al feței, apare ca o durere vie intensă în salve scurte, dar repetitive, ca o mitralieră sau mașină de cusut într-o jumătate a feței (obraz, mandibulă, ochi și mai puțin frunte), în teritoriul trigemenului, mai ales ramura V_2 (maxiliară) și V_3 (mandibulară), în obraz, în dinți, și mai puțin în limbă.

Accesul (criza) durează cîteva secunde, timp în care descărcările dureroase scurte și repetitive ca fulgerul imobilizează bolnavul cu o crispare a feței (tic dureros). Criza se repetă la cîteva secunde, minute. Este declanșată de masticație, vorbire, spălatul feței sau a dinților și mai ales prin atingerea unor anumite zone de declanșare (trăgaci= trigger), ca, de exemplu, aripa nasului, colțul gurii, buzelor. Nu se constată semne obiective de deficit.

Nevralgia trigeminală poate fi simptomatică continuă și cu exacerbări, cu semne de deficit senzitiv (hipoestezie în teritoriul ramurilor trigeminale din față), abolirea reflexului cornean, iar motor (pierderea

Scanned with OKEN Scanner

forței de contracție a mușchiului temporal, maseter adîncirea atrofică a acestor regiuni, devierea mandibulei gurii deschise spre leziune) este semnificativă pentru diverse procese cranio-bazale, interesînd trigemenul și se însoțește de alte semne, paralizie de oculomotori, în procese care prind vîrful stîncii (Gradenigo cu pareza de abducens), sinusul cavernos (vezi tromboflebite), nervul optic (tumori de orbită), nervii cranieni dintr-un hemicraniu (polinevrită Garcin).

Nevralgia trigeminală trebuie diferențiată de sinusită (cu temperatura, algii locale la presiune), afecțiuni dentare, arterită temporală cu tulburări de vedere.

Tratament: Levomepromazină 0,025 g (1—3 tablete/zi), cu controlul tensiunii arteriale; Tegretol 1—3 tablete/zi, Fenitoina, Finlepsin, alcoolizare a punctelor de emergență a ramurilor terminale, alcoolizare a ganglionului Gasser și alte tehnici neurochirurgicale — radiocelotomia selectivă, acupunctură.

Nevralgia de gloso-faringian. Debut brutal, spontan sau în deglutiție, cu dureri intense în fundul gîtului, amigdale, baza limbii, cu iradieri în urechi, vertex, uneori în dinți și latero-cervical, lăcrimare. Criza scurtă se repetă de cîteva ori pe oră. Este declanșabilă de deglutiție de alimente reci, vorbire, căscat, rîs, schimbare de poziție a capului, excitarea unei zone a fundului gîtului. Bonainizarea sau cocainizare locală pot întrerupe durerea. Tratamentul este ca în nevralgia trigeminală.

Nevralgia cervico-occipitală (Arnold C_2), în regiunea cervico-occipitală, cu iradiere spre vertex și temporo-auriculară uni sau bilaterală, apare fie paroxistic, fie surd, difuz, dezagreabil, fie pulsatil. Este violentă la trezire, diminuă ulterior și se intensifică seara.

Se intensifică la presiunea cervico-occipitală și la capul înclinat înainte și spre partea dureroasă, la presiunea regiunii la 2 cm în afară de protuberanța occipitală externă. Se vor evidenția focare inflamatorii sinusale, otomastoidiene, spondiloză cervicală și se va exclude Pott cervical, posibil procese intracraniene.

Tratament simptomatic, infiltrații locale, Novocaină, Boicil, administrare de antiinflamatorii, Indometacin, Cortizon, Fenilbutazon.

Sindromul simpatic cervical posterior Barre Liéou — cefalalgie posterioară cervicală, surdă și cu paroxisme, cu iradiere occipitală, tinitus, vertij, roșeața feței.

Psihalgia Cervico-occipitală (cefalee de atenție Alajouanine și Nick), senzație de tensiune cervico-occipitală jenantă și deranjînd fluxul activității mintale, nuanța depresivă.

Alte nevralgii cervicale apar în:

— Spondiloze cu dureri locale radiculare, spondilopatii, infecțioase (spondilita Pott), cervicale, durere vie locală cu fixarea capului „guindé" : intensificare în mobilizare, dureri faringiene și uneori tulburări de deglutiție și respirație (abces rece retrofaringian).

Tumora de glomus carotido-jugular se manifestă prin crize dureroase violente în regiunea latero-cervicală, cu iradiere cervico-brahială și occipito-craniană. Durerile au caracter de arsură insuportabilă și se însoțesc de anxietate. Local se constată o tumefacție discretă latero-cervicală în regiunea bifurcării carotidei primitive.

Nevralgia frenicului se manifestă prin dureri la baza gîtului, marginea sternului, sughiț, jenă respiratorie, dureri spontane sau provocate în punctul de inserție a sterno-cleido-mastoidianului, primele spații intercostale, parasternal, coasta X.

Nevralgia intercostală se manifestă prin durere în lungul coastelor, cu punctele de declanșare parasternal și paravertebral. Ea este semnificativă de existența unui proces reumatismal, dar poate exprima un proces visceral, virotic (zona Zoster, coxackie).

Nevralgii ale membrului superior în regiunea umărului, sindrom de C 5 cu radiculită de C 5, regiunea umărului cu tulburări în forța de abducție a brațului :

— artroză și periartroză scapulo-humerală, durerea locală spontană și exacerbată la presiune, la mobilizarea brațului, cu limitarea sau blocarea articulației umărului ;

— sindrom umăr-mînă în care durerea și blocarea umărului se asociază cu edem infiltrativ a mîinii, degetelor și ulterior atrofii ale mușchilor mîinii și umărului ;

— fracturi, luxații, traumatisme ale umărului.

Sindromul de C6 (musculo-cutanat), dureri în fața externă a antebrațului, cu hipotonie dureroasă a bicepsului și abolirea reflexului bicipital.

Sindromul C7 (nervul median și radial). Median — durerea membrului superior se intensifică în primele trei degete, în eminența tenară, diminuînd forța acestora, în mișcările de flexie și opoziție și apărînd tulburări trofice cutanate (uscăciunea, descuamarea) la nivelul lor. Sindromul de tunel carpian se manifestă mai ales prin dureri, atrofii, și tulburări trofice în eminența tenară.

Sindromul C8 (cubital). Dureri în lungul feței interne a membrului superior și în ultimele două degete, cu parestezii sau scăderea sensibilității în aceste degete, scăderea forței flexiei ultimelor degete, a depărtării și apropierii degetelor, adîncirea spațiilor interosoase dorsale și eminenței hipotenare, pe fața internă a mîinii. Durerile pot apărea prin cauze care afectează nervul în lungul lui (brat.

Scanned with OKEN Scanner

tunel carpian), ca și cele care fiind în fosa supraclaviculară afectează plexul brahial (procese inflamatorii sau neoformative pleuro-pulmonare Pancoast-Tobias), cînd apare și semnul Claude Bernard-Horner (leziuni de ganglion stelat simpatic cervical), — ptoză, mioză și enoftalmie.

Acești nervi și rădăcini sînt afectați de procese ale membrului superior sau procese ale regiunii cervico-humero-axiale (adenopatii tumori, traumatism, spondiloze), în ultimul caz conturîndu-se tablouri de leziuni de plex brahial total, cu pierderea sensibilității, motilității și atrofie musculară a întregului membru superior ; parțiale (tip superior C 5—C 6), cu paralizia deltoidului și bicepsului (tip mijlociu) și inferior paralizia flexorilor mîinii și degetelor.

Sindromul causalgic apare prin leziunea componenței simpatice din nervul median. Se prezintă prin dureri violente, sub forma de arsuri în degete și în lungul membrului superior, exacerbate prin atingerea uscată a tegumentului. Degetele, cu pielea roșie sau palidă, lucioasă, sînt adesea înfășurate de cîrpe ude care mai atenuează durerea.

Nevralgia glomică a degetelor este determinată de tumora glomusurilor subcutanate (ghem vascular, bogat-inervat senzitiv și vegetativ în pulpa degetelor, patul unghiei). Atingerea regiunii (sau spontan) determină dureri prelungite, junghiuri locale sau extensie, cu senzație de leșin, greață, ameteli. Cu timpul apar tulburări intense vegetative (eritem, cianoză, hiperhidroză), ce se întind în tot membrul superior, amiotrofii. Blocarea cu novocaină și exereza tumorii glomice pot vindeca suferința.

Sindromul de coastă cervicală (prin megaapofiză C 7) sau rudiment de coastă, determină parestezii dureroase în lungul brațelor, în degete, tulburări vasomotorii, degete reci, uneori atrofii în mușchii mici ai mîinilor.

Algoparalizia centurii scapulare (Spillane) se prezintă brusc printr-o durere vie în mușchii centurii scapulare, cu iradieri cervicale și brahiale, scăderea paretică trecătoare a forței musculare urmată de amiotrofii fără modificări ale coloanei, posibil de cauză virotică.

Nevralgia cervico-brahială din menopauză intensificate nocturn în degetele tumefiate ale mîinii.

Sindromul fiziopatic (Babinski-Froment) după traumatisme ale mîinii, apare prin dureri contracturante (mîna ca o barcă), cu fixarea în extensie a mîinii și degetelor, cu anestezie extinsă pînă la antebraț, nejustificate față de locul leziunii. Cedează prin fizioterapie.

Nevralgii abdomino-crurale. Nevragiile abdomino-crurale cu iradieri în arcada crurală, regiunea pubiană, scrot, labii și fața

Scanned with OKEN Scanner

superointernă a coapsei (la tineri nevralgia spermatică, prin congestia vaselor cordonului spermatic); se poate însoți de psoită (contractura în flexie și adducție a membrului inferior).

Nevralgia de ruşinos intern se manifestă prin dureri perineorectoprostatice, respectiv vulvare, repetitive și mai ales nocturne, uneori după micțiune. Trebuie deosebite de durerile viscerale (colici, hernii) de lumbago (contracturante lombare), prin miozite locale, mialgii (în cadrul unei afecțiuni febrile sau iritative) sau radiculo-nevritic (nervul sinuvertebral) în procese vertebro-radiculare.

Sacralgia, mai frecventă la femei, în procesele inflamatorii, tumorale sau retrodevieri uterine în micul bazin (sindrom Mertens-Allen).

Coccidinia aproape exclusiv la femei, apare ca o durere coccigiană în mers, în șezut, defecație, atenuată prin repaus, provocată prin presiune locală sau tact rectovaginal. Poate apare în procesele inflamatorii, tumorale locale, vechi traumatisme, ligamentite, sacrococcigiene.

Nevralgia obturator se manifestă prin dureri pe fața internă a coapsei și contractura de adductori.

Nevralgia crurală, prin dureri pe fața anterioară a coapsei și fața internă a gambei, uneori pareză cu atrofii în quadriceps, abolire de reflexe rotuliene, semnificative în nevrite crurale diabetice.

Nevralgia femuro-cutanat (meralgie parestezică), prin usturimi și hipoestezie pe fața externă a coapsei.

Sindromul de canal tarsian se manifestă prin parestezii dureroase în talpă, degete, fața internă a gambei, intensificate în ortostatism și mers.

Boala Morton se manifestă prin durere la nivelul articulației II metatarso-falangiene, uneori III, în ortostatism, mers și atenuare în repaus, cu iradiere în degete, posibil prin mici nevroame produse de apăsarea oaselor pe filetele nervoase.

Sciatica deține prioritate în patologia algică a membrelor. De cauză inflamatorie varicoasă, compresivă, dar mai ales prin *hernie de disc* L_4—L_5—S_1 se manifestă prin dureri profunde posterioare în lungul membrului inferior, spontane sau la unele manevre (mers, defecație, strănut). Durerea se intensifică în manevrele de întindere Lasègue (ridicare pasivă în extensie a membrului inferior), Pierre Bonnet (flexia și adducția coapsei), ca și la presiunea mușchilor în lungul nervului (Valeix). Fesa și mușchii membrului afectat sînt hipotone, reflexul achilian temporar abolit, uneori pareze ale extensorilor degetelor, în general fără Babinski, parestezii pe teritoriul L 5 (fața dorsală a piciorului), S 1 (fața plantară a piciorului), scăderea forței sau chiar pareză a extensorilor piciorului, triada radiologică Barr: pensare de disc (L 4—L 5; L 5—S 1), scolioză vertebrală, rectitudine de profil.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament: repaus imediat, antiinflamator (Fenilbutazonă, corticoterapie, antalgice, rahianestezie cu repaus prelungit), se poate efectua în clinici neurologice, eventual neurochirurgicale. Pentru cazurile repetitive intervenție neurochirurgicală.

Spondilodiscitele (tuberculoase, piogene) determină dureri și rigiditate vertebrală, cu iradieri radiculare, ca în tumorile vertebrale (cancer, metastaze). Spondilartrita ankilozantă determină rigiditate a întregii coloane, cu semne radiologice de tip degenerativ vertebroligamentar.

Epidurita spinală se manifestă prin dureri vertebrale și în membrele inferioare, febrilă. *Compresiunea medulară* se evidențiază mai ales prin parapareză cu tulburări sfincteriene, tulburări de sensibilitate. Dureri în membrele inferioare, bilateral, apar în tabes (fulgurante, scurte), cu abolire de reflexe osteotendinoase, cu ataxie în membrele inferioare și modificări pupilare, cu abolirea reflexului fotomotor (sindromul Argyll-Robertson), în polinevrite și poliradiculonevrite (cu pareze simetrice distale progresive și hipoestezie) polinevrită dismetabolică diabetică, sindromul picioarelor neliniștite (Restless, legs, Ekbom), cu neliniște dureroasă, nocturnă, în picioare ce se atenuează în mers.

Crampe musculare a moleților apar în unele afecțiuni neurologice: polinevrite, în cele ischemice vasculare, dar mai ales în neuropatii toxice dismetabolice, diabet, nefropatii. Tratamentul este antiinflamator (corticoterapie, Fenilbutazon), vitaminic, fizioterapie, pe lîngă cel etiologic cauzal.

Tratamentul migrenei și cefaleii este simptomatic: Antidoren, Antimigrin, Alindor, Lizadon, Sirenon, Scobutil compus, Fasconal, Fenacetal, antinevralgice (cu atenție la sensibilitatea față de Aminofenazon și Fenacetină). În faza de constricție (debut): D. H. Ergoxin, Ergotamină, Deseril (antiserotoninic) cu administrare în primele semne. Cefalofen fiole 2 ml, Cofedol (cafergot), drageuri cu 1 mg Ergotamină și 100 mg Cafeină; Dihidergot tablete, 1 mg (mai ales în migrenă cu grețuri), Hydergine, Redergin, Redergon, D. H. Ergotoxin — 20—30 picături sau 1—3 tablete sublingual, sau tablete de 1,5 mg per os 3—4/zi.

Sedative: Diazepam (10 mg), Carbamazepin (Tegretal, Stazepin) 200—400 mg, Levomepromazin 0,025 g×2—3/zi.

Antiserotoninice, Metisergid (Deseril), Sansert 1 mg repetat, Migristen.

Adrenergice blocante: Propranolol (Inderal) 20—80 mg/zi.

Inhibitorii: monoaminooxidazice (MAO); Nialamida (Niamil, Niazin) 100 mg/zi, Amitriptilina 10—12 mg/zi.

Scanned with OKEN Scanner

Desensibilizante, antihistaminice : injecții cu doze progresive de histamină 1/10 mg, Nilfan (50—75 mg/zi), Romergan 25—50 mg/zi, Tavegyl 2—4 mg/zi, Feniramine 25—100 mg/zi.

Bonnainizare a ganglionului sfenopalatin, în migrena secretorie.

13. SOMNUL

Somnul și veghea reprezintă cele două stări periodice ce se continuă și echilibrează existența biologică a viețuitoarelor. Starea de veghe este legată de perioada de lumină-zi, acționată : cea de somn, perioada de întuneric noapte-trofo-asimilantă. Ritmul poate fi adaptat unor particularități ecologice (luni de lumină și luni de întuneric) și unor practici (munci de noapte).

Somnul este declanșat, întrerupt și oprit prin mecanisme neuro-humorale în care intervin formația reticulată, cu complexul serotonină catecholamină, în principal, cît și prin unele substanțe sau proceduri fizice. El este de tip superficial și profund, lent și rapid (paradoxal), fazelor sale spre adîncire sau superficializare corespunzîndu-le anumite aspecte particulare polifiziologice (EEG, electromiografice, EKG) detectabile. Visul, perioada onirică, corespunde stării de somn paradoxal. Între diverse tipuri de somn există o corelație de periodicitate.

Durata medie de somn la noul-născut în decursul primei luni este de 15—19 ore, scade progresiv. La adult este de 8 ore, iar la bătrîni mai scurtă, neregulată și întreruptă și cu adormiri dificile, continuîndu-se somnolența în timpul zilei. Neregularitatea somnului realizează modificări de ritm, de tipul somn întrerupt tulburat (disgripnie), inversarea ritm somn-veghe (noaptea somn întrerupt sau neadormire și ziua somnolență sau adormire) — stare care apare la arteriosclerotici, insuficiență cardiopulmonară, ca și la unii nevrotici.

Disgripniile (tulburările de somn) pot avea multiple cauze : de la cele psihice (stare de tensiune mintală, contrarietate, fericire) la somatice (dureri, poziții incomode), condiționate (neobișnuință, loc străin), viscerale (visceropatii) ș.a. Ele pot fi sporadice, nesemnificative, dar pot fi persistente, evocatorii de dezordini fiziologice, leziuni sau sechele. Printre modalitățile de somn pot fi :

Hipersomnia poate fi simptomatică, tranzitorie, intermitentă, continuă și prelungită, *somnolența* cu tendință mereu de adormire, *letargică* (continuă și profundă cu trezire la insistență), *periodică*, ca și *adormiri neașteptate*, ațipiri în locuri și momente nefirești (narcolepsie).

Poate apărea în leziuni sau tulburări funcționale cerebrale (trunchiul cerebral), hipotalamus, sindrom Géllineau (narcolepsie și cataplexie), ta-

Scanned with OKEN Scanner

lamice, corticale prin encefalite virotice, parazitare, toxice, carențiale, vasculare, corticale prin encefalite virotice, parazitare, toxice, carențiale, encefalopatii (sindrom Pickwick) hepatopatii, nefropatii, cardio-vasculare, hormonale, convalescență.

Tratamentul presupune : 1. orientare și remedierea stării, posibil etiologice ; 2. neoanaleptice, stimulatorii de vigilență diurnă (Popoviciu). a) Simpatico-mimetice (amfetamine, Benzedrina, ortedrina, Maxiton, Pervitin, methedrina, Ritalin, Centedrin, Lidepran) ; b) Psihotone : Preludine efedrine, cafeina meclofenoxat.

Insomniile (tulburările de adormire sau de menținere a somnului presupune iritare, disconfort, excitare), de la cele nevrotice, neurastenice la cele multiple *somato-viscerale* (dureri, cenestopatii, carențe sau exces de substanțe, suferințe viscerale, stări dispneizante, febrile), *cerebrale* (leziuni sau sechele encefalopatice, traumatisme, infecțioase). Se cunosc postencefalitici care nu dorm nici ziua și nici noaptea, avînd o alterare consecutivă a funcției și stării lor somatice și comportamentale ergice. Caracterul subiectiv este uneori înșelător, fiind persoane la care o întrerupere a somnului de cîteva minute, lasă la trezire, din restul somnului de noapte, o senzație de oboseală psihofizică de „n-ar fi dormit toată noaptea".

Tratament : 1. descoperirea etiologiei, realității și timpului de insomnie ; 2. simptomatic farmacodinamic (bromuri, barbiturice).

Există o largă posibilitate medicamentoasă în tratamentul insomniilor și care se extinde adînc în recomandările neuro-psihiatrice — de la sedative, hipnotice la ganglioplegice în formele comerciale sau magistrale (Mihăilescu). *Sedative :* bromuri 1—10 g/zi la adulți iar la copii 0,2 g pe an/24 ore, repartizat în 3—6 prize (Rp. Bromur Ca, potasiu, sodiu, a 2—10 g sirop de coji de portocale 30 g apă 20 g). Pasinal, Bromosedin, Bromoval, Bromură de calciu 10% i.v., Valeriană picături, Extraveral, Valenal (extract de valeriană 0,05 g). Extract de crataegus 0,03 g, Fenobarbital 0,02 g), Lauronil 1—3/zi. Sedinstant 1 linguriță dizolvată în apă. Rp. Calciu bromat 30 g ; T-ra valeriană 10 g ; apă distilată ad 200 g (3—4 linguriță pe zi) ; Rp. Cloral hidrat 5 g ; calciu bromat 30 g ; T-ra valeriană 10 g ; apă distilată 200 g (1—3 linguriță pe zi).

Hipnotice. Hipnogal, cloraldidrat : adulți 2 g, preferențiat rectal. Rp. Cloraldidrat 0,5 g pentru copii, sirop de zmeură 20 g, mucilag off, gumă arabică 30 g, apă distilată 50 g — 2 linguriță seara.

Barbiturice cu acțiune lungă (8—13 ore) : Barbital, Fenobarbital, Alobarbital. Barbiturice cu acțiune medie (4—8 ore) : Amobarbital (dormital). Barbiturice cu acțiune scurtă (2—4 ore) : Ciclobarbital (Phanodorm) dizolvat în apă, Sedonal. Barbiturice cu acțiune foarte scurtă (10—

Scanned with OKEN Scanner

20 minute) : injectabil Evipan, Pentonal, Baytinal, Inactin. Printre substanțe înrudite mai sînt : Doriden, Mogadon (Nitrazepam).

Decontracturante centrale : Clorzoxazona (paraflex) — copii peste 6 ani, 1/2—1/zi Diazepam, Nitrazepam, Dorsiflex, Baclofen (Lioresal), Trancopal, Mydocalm.

Neuroleptice (neuroplegice), (tranchilizante majore), scad tensiunea nervoasă, facilitează posibil și somnul. Dintre care : Fenotiazin (Tioproperazina), Butirofenona, Haloperidol 0,5 mg de 2 ori pe zi.

Sedative : Levomepromazin, Nozinan, Minozinan, Plegomazine, Tioridazina (Melleril), Clorpromazina tablete 0,025 g, după 5 ani 1/3 din doza adultului. Romtiazin, Trifluoperazin (Stelazine) ; Neuleptil, Sulpirid (Dogmatil).

Tranchilizante minore. Meprobamat (Equanil, Miltown), Diazepine, Librium, Napoton, Valium, Seresta, Mogadon, Diazepam, Hidroxizin (Atarax, Frenquel, Sinequan).

Antalgice centrale cu regim special : Codeină, Dionină, Mialgin, Sintalgon, Fentanil.

Antipiretice antiinflamatorii : Aspirină, Aminofenazone, Piramidon.

Metode fizice : electrosomn, hipnoză.

14. SUGHIȚUL

Sughițul este un fenomen abrupt motor, automat și involuntar, analog ticului cortico-extrapiramidal. Sughițul se manifestă prin musculatura inervată prin mecanism bulbo-spinal. Nucleul dorsal al vagului devine un element principal legat prin intermediul formației reticulate cu aferente vegetative senzorio-senzitive și eferente motorii pentru mușchii diagragmului și abdomino-respiratori, ca a vecinului său centrul pneumotactic dispneic central.

Poate apărea, aparent fără motiv, psihogen, sau în cadrul unor afecțiuni directe ale centrului bulbar (polioencefalitic) vasculo-ischemice (sindrom Wallenberg), toxice (etilice uremie).

a) Psihogen în cursul atenției, emoțiilor.

b) Iritativ reflex periferic (prin iritație vagală), adenopatii, tireopatii, afecțiuni cardiovasculare, afecțiuni pleuro-pulmonare și mediastinale viscero-abdominale (peritonită, abces subfrenic, gastrită, dilatație gastrică, colecistită, pancreatită ș.a.), reno-viscerale, uremie.

Iritativ reflex central : în meningite, hipertensiune intracraniană (tumori cerebrale, abces cerebral, cerebelos).

Scanned with OKEN Scanner

c) Afecțiuni directe : — inflamatorii : sughiț encefalitic, virotic ; — toxice, uremie, etilism ; — vasculare : bulbare ischemice, trombotice în cadrul sindromului Wallenberg (retroolivar) de tromboză a arterei vertebrale, arterei cerebeloase posteroinferioare, cu ipsilateral Claude Bernard-Horner (ptoză mioză și enoftalmie), paralizia de hemival cu tulburări de fonație și deglutiție, nystagmus și cădere ipsilaterală, dismetrie, iar de partea opusă anestezie termoalgică, cu păstrarea sensibilității tactile de la gît în jos, sughițul în salve, apneizante, asfixiante, de intensitate și dramatism ce rar se mai întîlnește în altă afecțiune.

Tratament :

— simptomatic : proceduri psihogene (stimuli abrupți), reținerea respirației, înghițirea unor băuturi fierbinți sau reci, acre, iritante.

— sedative : Fenobarbital, Hidroxizin, Diazepam, Plegomazin.

— inhalanți : de nitrat de amil, oxigen.

— antispasmodice : Atropină 0,5—1 mg s.c., Papaverină 1—2 fiole, Xilină 20 ml 1% în perfuzie glucozată.

— pansamente gastrice, bicarbonate (per os).

Scanned with OKEN Scanner

PSIHIATRIE

URGENȚELE ÎN PSIHIATRIE

In psihiatrie, urgența are un sens mai larg decît în restul medicinei ; medicul trebuie să intervină de urgență nu numai pentru : 1) a salva viața bolnavului și 2) a preveni agravarea bolii, ci și 3) pentru a calma starea subiectivă neplăcută a pacientului și 4) a proteja și liniști anturajul de consecințele comportamentului perturbat. Simptomatologia stărilor psihopatologice de urgență constă din : — perturbări vizibile ale stării somatice ; — perturbări ale comportamentului, sesizabile de anturaj ; — stări subiective neplăcute, relatate de pacient.

1. URGENȚE ÎN CADRUL STĂRILOR MALADIVE CUNOSCUTE DE PACIENT ȘI/SAU ANTURAJ

O mare parte din bolnavii care suferă de boli psihice sînt dispensarizați la nivelul policlinicilor, al laboratoarelor de sănătate mentală, fiind cunoscuți ca atare și de medicul din rețeaua de bază. Tulburări psihopatologice care necesită intervenția de urgență pot fi prezente și în boli neurologice sau alte boli cu evoluție îndelungată.

1.1. PSIHOZELE SCHIZOFRENE

(Termeni sinonimi : psihoză discordantă, psihoză disociativă, Morbus Bleuler ; apropiate clinic de schizofrenie sînt suferințele etichetate ; psihoză paranoidă, psihoză relațională, psihoză endogenă atipică etc.).

Scanned with OKEN Scanner

Pacienții urmează de obicei tratament de întreținere cu neuroleptice timp de mai mulți ani. Pot apărea următoarele situații care necesită intervenția de urgență :

1.1.1. EFECTE SECUNDARE NEDORITE ALE MEDICAMENTELOR NEUROLEPTICE

Acestea pot fi de două feluri :

a) Neurolepticele incisive (Haloperidol, Majeptil, Lyogen, Trifluoperazin, Moditen, Fluanxol, Neuleptil), mai ales dacă sînt luate fără Romparkin, pot da sindroame extrapiramidale care sperie pacientul și anturajul. Mai frecvente sînt : **Sindromul Parkinson,** care se exprimă prin hipertonie a musculaturii striate, mers cu pași mici, imobilitatea și inexpresivitatea feței, membrele superioare sînt semiflectare și nu se mișcă în timpul mersului, tremor permanent, neintențional, mai ales a membrelor superioare, semnul „roții dințate" (mobilizarea efectuată de medic a antebrațului sau a mîinii pacientului nu e cursivă, ci sacadată etc.) **Spasmul de torsiune :** care constă într-o deviere (spre dreapta sau spre stînga) a globilor oculari, capului, membrului superior și a hemitoracelui respectiv, uneori cu tendință la opistotonus, respirația e dificilă, fiind prezentă uneori cianoza ; bolnavul este anxios. Spasmul de torsiune apare sub formă de crize care durează de la cîteva minute, pînă la o oră. Tot după neuroleptice incisive poate apare **protruzia limbii :** limba iese involuntar din gură și se cianozează ; pacientul o reintroduce cu mîna în gură, dar ea din nou iese. Concomitent pot fi prezente modificări tonice în musculatura maseterină, chiar cu luxația de mandibulă. Alt sindrom posibil este **acatizia :** pacientul nu poate sta locului, se așază, apoi se scoală și umblă cu pași mici, uneori chiar în cerc, din nou se așază și se scoală, ziua și noaptea. În toate aceste perturbări de model neurologic, care se pot combina în variate forme, pot fi prezente și modificări vegetative (hipersalivație, sudorație etc.). Pacientul este neliniștit, anxios Membrii familiei sînt și ei foarte impresionați. Ca atitudine și tratament, familia și pacientul trebuie liniștiți, explicîndu-li-se că nu e vorba de o agravare a bolii ci de un efect medicamentos. Se administrează apoi : Romparkin 2—3 tablete în prima doză, Romergan fiole 1, Plegomazin fiole 1 (dacă nu sînt contraindicații de suferință somatică și dacă nu există alergie la Plegomazin), eventual Fenobarbital fiole 1. Efectul pozitiv se poate observa la 2—3 ore după administrarea terapiei. Dacă simptomele persistă, după 3—4 ore, se pot repeta aceleași doze. Rareori simptomele acute durează mai mult de 5—6 ore, caz în care se va trimite pacientul la spitalul de psihiatrie. Sindroame extrapiramidale persistente pot apărea și după administrarea de neuroleptice depôt ca : Moditen Modecate, Fluanxol.

Scanned with OKEN Scanner

b) Neurolepticele sedative (Levomepromazin, Tioridazin, Plegomazin, Clordelazin etc.) pot condiționa : lipotimii, pe fondul scăderii tensiunii arteriale, uscarea mucoaselor (nazale, bucale), constipație, hiperfagie cu îngrășare, tahicardie de efort etc. Urgența poate fi legată de lipotimii, mai ales nocturne sau la scularea bruscă din pat. Atitudinea terapeutică este cea generală din lipotimiile condiționate prin hipotensiune ortostatică (menținerea în poziție orizontală, ventilație, excitanți periferici etc.). Cazul poate fi îndrumat apoi la psihiatru, în vederea unei eventuale reformulări a schemei terapeutice.

1.1.2. REFUZUL MEDICAMENTELOR DE ÎNTREȚINERE LA UN SCHIZOFREN

Acest refuz poate fi un semnal de alarmă, care indică posibilitatea unei recăderi psihotice. De obicei este necesar consultul psihiatric, eventual internarea.

1.1.3. MIDIFICĂRI COMPORTAMENTALE

Acestea pot sugera un nou puseu evolutiv, cu necesitatea reinternării. De aceea ele trebuie cunoscute de familie și de medic, deoarece după un timp, în cazul recăderii în fază psihotică, pacientul refuză internarea, fiind necesare mijloace mai drastice. Sînt de reținut următoarele modificări comportamentale ; — retragerea din comunicare, izolarea, faptul de a petrece mult timp singur cu preocupări bizare, chiar cu lecturi nocturne prelungite ; — refuzul alimentației, faptul de a mînca numai alimente verificate sau conserve (delir de otrăvire ?) ; — faptul de a petrece ore în șir nemișcat, privind în gol ; — vagabondajul, mersul fără rost pe străzi ; — consumul de alcool ; — rîs fără motiv, aparentă veselie, cu glume absurde etc.

Urgența constă în necesitatea reinternării în spitalul de psihiatrie, altfel boala agravîndu-se. Se pot administra Haloperidol 3×30 picături cu Romparkin 3×1 tablete/zi, plus Levomepromazin 3 tablete/zi și alte neuroleptice, pînă la internare.

1.1.4. STĂRI DE AGITAȚIE PSIHOTICĂ

Pot apărea relativ brusc stări de agitație cu anxietate, opozivitate, suspiciune marcată, agresivitate, tendințe auto și heterodistructive. În aceste cazuri, dacă pacientul refuză internarea, se poate recurge la internarea obligatorie, conform prevederilor decretului 313/1980.

Scanned with OKEN Scanner

1.2. PSIHOZELE PERIODICE MANIACO-DEPRESIVE SAU MONOPOLARE

În aceste cazuri, după episodul psihotic există, de obicei, o remisiune bună, cu reluarea întregii activități anterioare. Intercurent, pacienții pot să nu urmeze tratament, sau doar tratament preventiv cu săruri de litiu, caz în care sînt dispensarizați psihiatric. Urgența se referă la perioadele de recădere psihotică.

1.2.1. NOU PUSEU DEPRESIV

În acest caz se poate constata : în primul rînd bradipsihia (lentoarea psihică), insomnia, inapetența și cenestopatiile. Familia și medicul trebuie să fie avizați să aștepte apariția simptomului de tristețe subiectivă sau a ideilor de vinovăție. Randamentul scade, pacientul e mai tăcut, mai puțin sociabil, deseori constipat, uneori anxios sau acatizic (nu stă locului, mereu se scoală, umblă și se reașază). Urgența constă în pericolul suicidului. Deseori, în această fază, pacienții sînt îndrumați la serviciul de interne cu suspiciunea de colită, diskinezie biliară, migrenă, „inapetență și slăbire în greutate neexplicabilă" etc. Datorită evoluției depresiei, uneori bolnavii se pot suicide în aceste servicii. De aceea, cînd sînt prezente simptome ca cele menționate e bine ca pacienții să fie îndrumați pentru control și în serviciile de psihiatrie.

1.2.2. NOU PUSEU MANIACAL

În acest caz se poate constata : tahipsihie (dinamism psihic exagerat), buna dispoziție cu sentiment de capacitate psihică mult crescută, hipersociabilitate. Pacientul vorbește mult, are multe planuri, totul i se pare ușor de realizat. Urgența constă în faptul că, dacă pacientul nu e îndrumat la timp la psihiatru, el refuză apoi orice ajutor medical, considerîndu-se „hiper-sănătos", astfel încît ulterior internarea devine dificilă.

1.3. ETILISMUL CRONIC

Consumul constant și exagerat de alcool poate fi cunoscut de familie și de medic. Uneori pacientul a mai avut internări pentru dezalcoolizare. Principalele probleme de urgență medicală pot fi :

Scanned with OKEN Scanner

1.3.1. CRIZA NITRITOIDĂ

Un pacient care a urmat un tratament cu antalcol în cursul spitalizării și ambulator (sau i s-a administrat Antalcol, fără știrea lui, de către familie), în cazul că va consuma din nou alcool, face o criză bio-psihică ce se exprimă prin : — roșeața pronunțată a tegumentelor și mucoaselor ; — respirație dificilă, mai ales în inspir, cu sentimentul lipsei de aer ; — grețuri și vărsături ; — cefalee, de obicei pulsatilă ; — parestezii ; — hipotensiune arterială (maxima scade de la 8—6, minima la 2—0) ; — anxietate. Diagnosticul se stabilește pe baza anamnezei (consum de alcool și de Antaalcol) și a simptomatologiei.

Tratamentul constă în administrarea de Glucoză 33%, 3—6 fiole i.v.+vit. C 1—2 fiole +Cofeină 1/2—1 fiolă (în funcție de T.A.). Se mai administrează : vit. B_6 i.v. fiole de 5 ml, apoi vit B_1 i.m. ; se pot adăuga analeptice periferice și centrale, chiar și Strichnină 1 mg, fiolă 1 i.m.

1.3.2. PSIHOZA ETILICĂ ACUTĂ (DEDIRIUM TREMENS)

Apare la etilici cronici, în condițiile unei abstinențe forțate, mai ales cînd se combină cu un stres somatic (o infecție sau un traumatism). Poate apărea și fără abstinență și stres, în condițiile creșterii progresive a dozelor de alcool, pe fondul unui organism tarat. Tabloul clinic constă din : — neliniște și agitație psiho-motorie ; — facies, de obicei, cu talengiectazii, ușor palid și transpirat ; — mucoase uscate ; — tremurături de fond ale membrelor, uneori cu fibrilații musculare ; — temperatură crescută (febra poate ajunge pînă la 40°, fiind la început neinfecțioasă, centrală, de deshidratare și catabolism crescut) ; — psihic, pacientul este dezorientat temporo-spațial și mnezic, cu „stare onirică", adică cu halucinații predominant vizuale, mai ales cu animale mici ce urcă pe corp (uneori vede draci, oameni ce-l urmăresc, toți mici) ; pacientul participă afectiv și comportamental la trăirile halucinator-delirante, are o stare neplăcută de anxietate și scîrbă. Diagnosticul se pune pe baza datelor anamnestice și a tabloului clinic (uneori psihoza acută e precedată de cîteva zile în care confuzia agitată se petrece doar noaptea, peste zi pacientul fiind lucid ; dar, și atunci, scade apetitul, apare astenia).

Tratamentul de urgență constă din : rehidratarea pacientului, dacă e posibil per os (mai ales cu apă minerală, compoturi și sucuri de fructe) ; dacă nu, prin perfuzii sau injecții i.v. de Glucoză și ser fiziologic, în cantități mari (cîte 50 cc din fiecare la început) ? — tot i.v. se poate administra vit. B_6 1—2 fiole de 5 ml și vit. C 1—2 fiole de 5 ml ; de aseme-

Scanned with OKEN Scanner

nea, în caz de agitație, Diazepam fiole 1 i.v. ; se mai administrează vit. B_1 în doze mari (100 mg repetată la 3—4 ore, împreună cu vit. B_6) ; — pentru starea de agitație se poate administra : Haloperidol 20—40 picături în prima doză, repetată la nevoie după 4—5 ore (sau, în extrem, Haloperidol 1 fiolă i.v. lent în 10 minute).

Pentru sedare se mai recomandă : Meprobamat în doze mari (3×4 tablete/24 ore) sau Diazepam 10 mg 3×2 tablete/24 ore. Cu toate contraindicațiile existente, Meprobamatul și Diazepamul sînt preferabile Plegomazinului sau Levomepromazinului, care se administrează doar în caz de agitație foarte mare, și dacă nu sînt contraindicații hepatice (pot determina și colaps) ; de asemenea, Fenobarbitalul se administrează cu precauție, 1—2 fiole i.m., eventual cu repetare după 4—5 ore. Rezultate bune a dat perfuzia cu Thamesol. Atitudinea terapeutică e similară și cînd sînt semne discrete neurologice (ceea ce poate indica o encefalopatie Wernike). Cazurile trebuie trimise, după acordarea primului ajutor, la spital. Medicul trebuie să fie atent la suferința hepatică ce poate coexista.

1.4. ENCEFALOPATIA POSTTRAUMATICĂ

După traumatisme craniene, în primele luni (perioada de cerebrastenie) sau după 1—2 ani (perioada unei eventuale encefalopatii) pacientul este foarte sensibil la consumul de alcool. La consumul unor cantități mici de băuturi concentrate (50 g) pot apărea **beții patologice**, caracterizate prin stare „crepusculară" : pacientul nu înțelege tot ce e în jur, dar se comportă destul de adecvat, efectuînd o serie de acte de complexitate medie sau joasă ; el se deplasează, cumpără bilete, vorbește, pregătește acțiuni ; de obicei e prezentă o stare de amnezie de fixare și ulterior lacunară (pe perioada episodului) ; deseori sînt prezente tendințe agresive sau acte agresive față de persoane sau lucruri (tendințe de a lovi, a ucide, a da foc, a distruge). Beția patologică se termină, de obicei, cu un somn profund. Pe cît posibil, în perioada de beție patologică pacientul trebuie evitat sau imobilizat și sedat cu Fenobarbital 1—2 fiole și Haloperidol 1 fiolă (30—40 picături), chiar și cu doze mai mari. Tot după consum de alcool, la suferinzii posttraumatism cranian, pot apărea stări de **agitație clastică** ; pacientul este confuz, agitat, lovește și distruge nediferențiat tot ce întîlnește în jur, obiecte și ființe ; starea de agitație poate oscila cu perioade în care e mai abordabil. Trebuie, de asemenea, sedat cu Fenobarbital și Haloperidol, eventual și Plegomazin 1—2 fiole i.m.

Scanned with OKEN Scanner

1.5. EPILEPSIA

Epilepsia, pe lîngă crizele majore și minore, se poate manifesta prin : — echivalente confuziv-agitate ale crizelor ; — echivalente cu stare crepusculară și dromomanie. La o persoană epileptică mai pot apărea : — beții patologice ; — stări explozive reactive. Epilepticul, la fel ca și encefalopatul posttraumatic, poate fi foarte agresiv în stări reactive ; medicul și anturajul trebuie să se poarte mai cu grijă decît cu alți pacienți.

1.6. NEVROZELE

1.6.1. CRIZA DE ANGOASĂ

În nevrozele de tip obsesivo-fobic, psihasten, anxios, pot apărea crize de anxietate marcată ; adică crize de **angoasă.** Pacientul este neliniștit, fața exprimă spaimă, ochii se mișcă mereu, e concentrat asupra propriului corp, deseori prezintă transpirații, tranzit intestinal crescut, tahicardie ; își ia pulsul, dorește ca cineva să fie mereu lîngă el, prinde medicul de mînă implorîndu-l să-i spună dacă nu e ceva grav ; pacientul are sentimentul morții iminente, uneori a „căderii în gol", sau senzații de vertij.

Diagnosticul se bazează pe anamneză, pe existența etichetată a nevrozei, pe simptomele actuale și pe lipsa semnelor de organicitate (diagnosticul diferențial se face, în primul rînd, cu infarctul miocardic, apoi cu cel pulmonar sau cu o suferință expansivă intracraniană). În psihastenie, firea pacientului este perfecționistă ; dorește ca totul să fie făcut perfect, ține foarte mult la ordine și curățenie ; deși uneori e dezordonat, este meticulos, scrupulos, dar nesigur de sine și deseori nehotărît ; pot lipsi conflictele imediate. În criză se administrează anxiolitice : Hidroxizin 1—2 tablete sau Napoton, Diazepam, Meprobamat, Tioridazin cîte 1 tabletă. Trebuie ținut seama de medicamentele pe care pacientul le-a mai luat și în care nu mai are încredere ; se pot da chiar medicamente cu efect „placebo", dacă se face concomitent și psihoterapie liniștitoare. Crizele de angoasă apar mai ales seara (sau noaptea) ; pacientul după ce a fost liniștit se poate reîntoarce acasă, urmînd să facă un tratament de specialitate ulterior.

1.6.2. CRIZA ISTERICĂ

În nevrozele isterice, sau în condiții reactive psihogene speciale, **apare criza isterică,** cu următoarele caracteristici : — este declanșată de **un conflict** acual sau apropiat ; — se desfășoară în prezența altora, care

Scanned with OKEN Scanner

sînt anunțați de pacient că va avea o criză ; — are caracter teatral, hiperexpresiv, impresionant ; — pacientul poate să cadă, dar fără să se lovească ; — conștiința nu e complet suspendată (pacientul poate geme, plînge, apare un tremur al pleoapelor), uneori se zvîrcolește, — spre deosebire de criza epileptică, durează mai mult (10—60 minute), nu-și mușcă limba, nu „face spume la gură", nu are emisiune spontană de urină și fecale, și mai ales, lipsește semnul Babinski — luat imediat —, lipsește midriaza. Pacientul „se trezește" din criza isterică plîngînd.

Diagnosticul se pune pe baza anamnezei și a caracteristicilor menționate, diferențiindu-se de criza epileptică pe baza datelor menționate mai sus. Apoi, de lipotimie — în care apare o pierdere de conștiință după ce pacientul anunță că „vede negru în fața ochilor" și resimte furnicături în corp. În lipotimie e prezentă și o paloare marcată, transpirații reci, puls filiform și hipotensiune. Pacientul care a prezentat o lipotimie e menținut cu capul la orizontală. Tratamentul crizei isterice — dacă aceasta se prelungește și diagnosticul este sigur — se face prin „sugestie armată" : proceduri terapeutice impresionante (faradizări, injecții intradermice de apă distilată), însoțite de sugestie, repetînd energic și convingător pacientului că se va simți bine după tratamentul aplicat.

În toate cazurile trebuie să ținem seama de faptul că sînt posibile și alte boli somatice concomitente, ce trebuie identificate.

2. URGENȚE ÎN CADRUL UNOR STĂRI MALADIVE NECUNOSCUTE DE PACIENT — SAU — ANTURAJ

Menționăm doar trei situații :

1) agitația psihomotorie, în care anturajul intră în alertă ;

2) starea de anxietate-angoasă, care duce pacientul la medic ;

3) starea depresivă, cu pericol de suicid, care trebuie să alerteze medicul.

2.1. AGITAȚIA PSIHO-MOTORIE

Aceasta poate avea multiple cauze, psihiatrice și somatice. Caracteristici descriptive : pacientul se mișcă mereu, fără un scop precis, contactul psihic și dialogul cu alți oameni fiind mai dificil, cu răspunsuri vagi, „alăturea" (sau nerăspunzînd, vorbind singur, strigînd). Pacientul

Scanned with OKEN Scanner

nu are răbdare să ducă pînă la capăt un lucru început, deseori este violent, agresiv, distrugînd tot ce întîlnește, sau vorbind aberant, tulburînd activitatea celor din jur. În psihiatrie poate fi vorba de :

a) Agitația psihomotorie reactivă, la un eveniment neplăcut, a unei persoane psihopate sau particulare, mai des a unui psihopat exploziv sau isteric ; agitația este „demonstrativă", se accentuează în fața spectatorilor ; agitatul vorbește despre problemele lui, amenință, înjură, se lovește, se trîntește la pămînt, strigă ; contactul psihic poate fi stabilit doar parțial. Pentru diagnostic, trebuie exclusă o suferință somatică, mai ales acută (de examinat temperatura și culoarea tegumentelor, simptome din partea sistemelor și organelor). Tratamentul se face cu anxiolitice minore (Napoton, Diazepam, Hidroxizin, Meprobamat) sau majore (Levomepromazin, Clordelazin, Tioridazin), cîte 1—2 tablete/zi.

b) Agitația confuzivă apare pe un fond de dezorientare temporo-spațială și mnezică (pacientul nu cunoaște data, nu știe unde se află, cum a ajuns acolo) cu incoherență verbală, importantă dificultate de contact cu cei din jur (deseori false recunoașteri) ; frecvente stări „oniroide" (adică de tipul visului) : pacientul are halucinații (percepții fără obiect corespunzător în ambianță), mai ales vizuale, de obicei amestecate cu perceperea corectă a lumii înconjurătoare. Confuzia apare după noxe somatice : — după traumatisme craniene, în continuarea stării de pierdere a conștiinței — în timpul bolilor infecțioase însoțite de febră (gripă, pneumonie), mai ales la persoane tarate, subnutrite, la etilici, agitația în infecții se desfășoară, de obicei, într-un spațiu restrîns, deseori, în forme grave, pacientul se agită în pat ; — în stări toxice : intoxicații cu ciuperci, cu alcool sau alte droguri, cu medicamente (după preparate de Cortizon pot apărea agitații euforice) ; — în tulburări circulatorii cerebrale, cu hipocirculație (agitație fără agresivitate) ; — în encefalopatia hipertensivă (cu simptomele caracteristice) ; — în epilepsie la ieșirea din criza majoră sau în echivalențe ; — în procese expansive intracraniene, de obicei în context confuziv cu cefalee, vărsături, edem papilar ; — o problemă deosebită este agitația confuză a celui ce consumă alcool, fiind în același timp și un suferind cerebral (posttraumatic, epileptic, encefalopat din alte cauze) ; agitația e de obicei clastică, cu tendința de a distruge totul din jur.

c) Agitația din psihozele endogene : — agitația maniacală ; pacientul e vesel, hipersociabil, tahipsihic se agită pe un spațiu larg, la contact cu tot ce e în jur, vorbește mult, cîntă, glumește, înțelege realitatea din jur pe care o și comentează ; — agitația catatonă din schizofrenia catatonă : pacientul se agită pe un spațiu limitat, de cîțiva metri (oricît spațiu ar avea efectiv la dispoziție), se comportă stereotip (repetă aceleași atitudini și expresii), e negativist și opoziționist, închis în sine, tăcut, ne-

colaborant, bizar ; — agitația din schizofrenia paranoidă : pacientul e neliniștit, anxios, se crede urmărit, persecutat, simte că „se va întîmpla ceva foarte important", are halucinații auditive, are impresia că e „dirijat de la distanță", că „i se fură gîndurile", are un comportament bizar etc.

În fața unei stări de agitație, medicul trebuie să gîndească astfel : — e prezentă în primul rînd o stare reactivă psihogenă, o boală organică, o intoxicație endo sau exogenă, sau e vorba de psihoză endogenă ? — pe un fond de suferință cronică nu s-a adăugat oare ceva nou ? o infecție, o intoxicație, o reacție ? Care este firea pacientului și problemele care l-au frămîntat ? Cum e ambianța și care sînt problemele în care el trăiește ? Primul gînd al medicului va fi să excludă suferințele somatice care au un prognostic grav pentru viață ; apoi, poate administra bolnavul, direct, dîndu-i sedative sau neuroleptice ; sau trimițîndu-l la spital.

2.2. **ANGOASA** (CRIZA DE ANXIETATE ACUTĂ)

Este vorba de o stare psiho-biologică, de mare suferință subiectivă, cu sentimentul morții iminente (uneori a sufocării, a căderii în gol, a vertijului) și însoțită de importante modificări vegetative (predominant hipersimpaticotonice) : transpirații (uneori reci), tahicardie, dispnee, horipilație, exoftalmie ; accelerarea tranzitului intestinal ; de asemenea, hipertonie musculară, cu nemișcare ; uneori pacientul e „împietrit de spaimă" ; sau, prezintă agitație (mișcări fără sens și scop), chiar cu discrete tremurături ; sau, hipotonie în membrele inferioare („se taie picioarele de spaină"). Starea de angoasă poate apărea în :

a) Stări reactive : în urma unor spaime puternice, terifiante se poate instala un „stupor" anxios reactiv (pacientul stă nemișcat, „îngrozit") ; sau apare o agitație anxioasă (reacție de spaimă, uneori cu fugă, cu stări „crepusculare"). Poate apărea, de asemenea, în nevroza obsesivo-fobică (în psihastenie) în condiții speciale, cînd pacientul se întîlnește cu obiectele care-i produc spaimă (obiecte ascuțite, înălțime, aglomerație) ; sau cînd trebuie să se decidă într-o problemă importantă.

b) Suferințe somatice : în primul rînd trebuie menționat infarctul miocardic ; apoi criza de „angor pectoris", infarctul pulmonar etc. De reținut posibilitatea unor suferințe neurologice ; procese expansive sau iritative divers localizate, care determină crize de angoasă (sub forma cea mai intensă, anxietatea apare în compresiunea bulbului, ceea ce dă „criza de kakon" de rău anxios extraordinar).

c) Angoasa în psihozele endogene. În schizofrenie, în debut, se întîlnesc des crize de anxietate de intensitatea angoasei, însoțite de senti-

ment de depersonalizare (sentimentul că „Eu nu mai sînt Eu", „mă împrăștiu"), sau idei paranoide („sînt urmărit", „voi fi omorît"). În depresia endogenă, mai ales la vîrste înaintate, pot apărea de asemenea, perioade de anxietate, cu crize de angoasă, mai ales spre seară sau noaptea.

În fața unei crize de angoasă, medicul trebuie să încerce să lămurească dacă aceasta e mai mult reactivă, somatică sau endogenă. Va administra tratament anxiolotic minor (Napoton, Hidroxizin, Meprobamat, Diazepam cîte 1—2 tablete), dacă nu e sigur că e vorba de o psihoză endogenă. Va fi atent la aparatul cardiovascular (neurolepticele majore ca Levomepromazinul, Plegomazinul scad tensiunea arterială) și la eventuale suferințe encefalice. Se va comporta calm, protector dar autoritar, va liniști concomitent familia.

2.3. STAREA DEPRESIVĂ CU PERICOL DE SUICID

Starea depresivă cu pericol de suicid este greu de apreciat în ambulator, la pacienții necunoscuți în prealabil. Sinuciderea apare cel mai des la persoane care nu pot fi considerate ca bolnave mental, ci ca aflîndu-se în stări psihologice anormale, de obicei reactive. În plus, tentativa de suicid este deseori efectuată fără o intenție hotărîtă de a muri, avînd o încărcătură demonstrativă, de impresionare a anturajului.

Problema suicidului se pune mai acut : — în adolescență, la tinerii disperați ; — la depresivii care nu se plîng prea mult dar acuză cenestopatii ; — la depresivii alcoolici. Dar chiar și o tentativă de suicid „demonstrativă", isterică sau reactivă poate pune în pericol viața pacientului. Tentativa de suicid poate apărea în contextul unei crize sufletești. În cadrul consultațiilor curente, trebuie să atragă atenția pacienții mai inhibați, bradi-psihici, care se plîng (fără mult zgomot) de suferințe difuze (cenestopatii) și se simt vinovați fără motiv suficient ; în aceste cazuri poate fi vorba de o „depresie mascată" (uneori cu simptome de colită, dischinezie biliară, cefalee, insomnie). În cazurile de tentativă de suicid este necesară o discuție prelungită cu pacientul, și, deseori, trimiterea la psihiatru.

Medicul generalist poate fi consultat în situații de stări reactive în care trăirile emotive, depresive sau de tensiune psihică pronunțată, determină reacții ce se manifestă corporal și impresionează puternic anturajul. În urma unei certe familiale, a unei critici făcute în public, a unui eșec în care subiectul s-a făcut de rîs, a unei amenințări sau jigniri, a unui deces, persoana poate prezenta o reacție emotivă pronunțată, cu tulburări vegetative (tahicardie, transpirații) cu sentiment subiectiv neplăcut (anxietate, ameteli, senzații de leșin) și cu acuze corporale (dureri

Scanned with OKEN Scanner

precordiale, sentiment de sufocare sau incapacitate de a respira, furnicături în membre etc.). Uneori pacientul poate prezenta sentiment de leşin sau chiar îngustarea conştiinţei, cu cădere ; pacientul zace aparent inconştient, eventual gemînd şi indicînd algii precordiale. Aceste **crize reactive emotive** seamănă cu crizele isterice, dar sînt mai puţin hiperexpresive, mai puţin demonstrative. Ele impresionează anturajul care însoţeşte pacientul la medic. Urgenţa constă, în primul rînd, în liniştirea anturajului.

Diagnosticul se stabileşte pe baza existenţei evenimentului psihotraumatizant şi prin excluderea suferinţelor somatice (mai ales cardiovasculare, infarct miocardic, hemoragie cerebrală). Medicul generalist mai poate fi consultat de un pacient care, aflîndu-se şi în stare de criză sufletească **(criză existenţială)**, în urma unor eşecuri, a unor conflicte intrapsihice, a unor probleme personale greu de satisfăcut, se prezintă la medic datorită insomniei, lipsei poftei de mîncare, a scăderii randamentului, a irascibilităţii, anxietăţii şi acuzelor cenestopate.

Urgenţa constă în pericolul suicidului. De aceea, anamneza trebuie să fie completă, atitudinea medicului înţelegătoare şi binevoitoare. Medicul trebuie să cîştige încrederea pacientului, să aibă răbdare în a-l asculta pînă la capăt, să-l sprijine moral, să-l încurajeze. Atitudinea umană, comprehensivă şi psihoterapeutică a medicului generalist poate avea o valoare mai mare decît tratamentul sedativ sau antidepresiv preseris. Desigur, cazul trebuie investigat şi somatic ; la nevoie poate fi îndrumat la psihiatru sau la serviciul special de asistenţă a persoanelor în criză sufletească.

3. PROBLEME ALE EXAMINĂRII ŞI ALE DIAGNOSTICULUI ÎN CAZUL URGENŢELOR PSIHIATRICE

În cazul urgenţelor psihiatrice, examinarea întreprinsă de medic trebuie să ţină seama de următoarele aspecte :

3.1. EXAMINAREA ÎNTREPRINSĂ DE MEDIC

Cel mai des pacientul vine la medic însoţit de aparţinători sau de alte persoane, toţi fiind impresionaţi de comportamentul ieşit din comun al acestuia. Familia este deseori foarte speriată, în panică, uneori

Scanned with OKEN Scanner

disperată. Medicul trebuie, în primul rînd, să stăpînească situația, să creeze o atmosferă de calm, deseori cazul fiind simplu de rezolvat, lipsit de gravitate în perspectiva pericolului vital (criza isterică, criza emotivă, reacții medicamentoase, crize de anxietate). *Cel mai des, aparținătorii speriați sînt cei ce creează situații de „urgență" a cazurilor psihiatrice.*

3.2. ANAMNEZA AMĂNUNȚITĂ

Medicul trebuie să facă o anamneză amănunțită, fiind atent la : istoria vieții pacientului, caracterul său (firea sa), evenimentele psihotraumatizante, existența unor internări sau tratamente pentru afecțiuni psihice. *Aceste informații trebuie obținute, de cîte ori e posibil, de la terțe persoane : de la familie, cunoscuți etc.*, și coroborate cu informațiile pe care le furnizează pacientul. Pacientul, chiar și în situația de criză, trebuie invitat să-și povestească, pe scurt, viața.

3.3. COMPORTAMENTUL PACIENTULUI

Medicul trebuie să observe *comportamentul* pacientului : cum acesta umblă, cum gesticulează, mimica, vorbirea, faptul cum reacționează la întrebări (răspunde la obiect, privește sau nu la interlocutor, vorbește sau nu logic, coerent, este sau nu orientat în timp și spațiu, în raport cu alte persoane și cu sine) ; atenție la comportamentul lent (depresiv), la cel agitat, bizar etc.

3.4. MEDICUL TREBUIE SĂ ÎNTREBE ÎN DETALIU PACIENTUL ASUPRA STĂRILOR SALE SUBIECTIVE

El trebuie să fie atent la stările de anxietate, de tristețe etc.

3.5. ÎNREGISTRAREA SIMPTOMELOR DE SUFERINȚĂ SOMATICĂ OBIECTIVĂ

Chiar dacă medicul e convins, de la început, că este vorba de o suferință psihică, el va trebui să fie atent la starea somatică a pacientului. Medicul va rămîne la diagnosticul de suferință psihopatologică pură, doar

Scanned with OKEN Scanner

după ce a exclus orice suferință somatică ; sau, după ce s-a convins că suferințele somatice ale pacientului nu prezintă gravitate.

În cazul urgențelor psihiatrice, medicul se întîlnește, în mare, cu două situații importante : situația de agitație și neliniște psihomotorie ; situația de imobilitate sau lentoare psihică.

3.6. EXAMENUL SOMATIC ȘI PSIHIC

În fața unui bolnav agitat, chiar înainte de a încerca o încadrare nosologică, trebuie luate următoarele măsuri : — identificarea pacientului ; — identificarea persoanelor ce au adus pacientul la consultație ; — liniștirea anturajului printr-o atitudine fermă, autoritară chiar ; — izolarea sau imobilizarea pacientului, dacă acest lucru se impune ; — culegerea datelor anamnestice de la pacient și aparținători (modul debutului, conjunctura psihologică în care s-a instalat tabloul psihopatologic, eventualele „cauze" pe care le relatează aparținătorii ; modul cum a ajuns pacientul la medic etc.). După culegerea acestor date, e bine ca pacientul să fie administrat în continuare *doar* de către personalul medical, iar aparținătorii sau persoanele ce l-au adus să fie pentru moment îndepărtate. Examenul somatic și psihic poate sugera : agitația psihomotorie reactiv psihogenă ; agitația confuzivă (în cazul unei suferințe somatice sau toxice la alcoolici, mai ales pe fond encefalopat) ; agitația schizofrenă (cataton-paranoidă) ; agitația maniacală ; agitația cu sindrom extrapiramidal în condițiile administrării neurolepticelor incisive.

În cazul situațiilor în care pacientul este imobil sau „prea liniștit", procedura examinării este aceeași ca cea expusă pînă aici. Medicul trebuie să se gîndească la : „leșinul" isteric ; „leșinul emotiv reactiv" ; inhibiția anxioasă din criza de angoasă a psihastenului ; inhibiția din „stuporul" melancolic ; inhibiția din schizofrenia catatonă.

3.7. REZOLVAREA CAZULUI SAU TRIMITEREA LA UN SERVICIU DE SPECIALITATE

În toate cazurile, medicul e pus în fața alternativei : să rezolve singur cazul sau să-l trimită la un serviciu de specialitate.

Medicul generalist se poate orienta, în majoritatea cazurilor, pentru o administrare terapeutică de urgență. O anamneză amănunțită, luată de la pacient și aparținători, o examinare atentă fizică și psihică, permite să se clarifice cazurile „reactiv-emotive", cazurile „reactiv-isterice", sau

Scanned with OKEN Scanner

de „criză sufletească", cazuri care nu necesită trimiterea mai departe la un serviciu de specialitate. În continuare, unele stări de agitație confuzivă la etilici pot fi soluționate local ; la fel tulburările date de efecte secundare ale neurolepticelor. Trebuie îndrumate la servicii de specialitate cazurile de confuzie secundară unei suferințe somatice (pneumonie, meningo-encefalită etc.) ; acestea se trimit nu la psihiatrie, ci spre serviciile care tratează bolile respective. Cazurile în care se bănuiește o recădere psihotică (schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă) și cazurile în care sînt indici a unei stări depresive pronunțate, fie că pacientul a făcut sau nu o tentativă de suicid, se trimit către serviciile de psihiatrie.

Scanned with OKEN Scanner

OFTALMOLOGIE

1. TULBURĂRI DE VEDERE

a) **DEFORMAREA OBIECTELOR.** Liniile drepte apar deformate, fiind percepute de către un singur ochi. Obișnuit, sînt însoțite de scăderea A.V. ; le întîlnim în leziuni maculare.

b) **DIPLOPIA : — monoculară** — poate apărea după traumatisme oculare care s-au soldat cu subluxație de cristalin, deplasarea acestuia făcînd ca o zonă din cîmpul pupilar să fie lipsită de cristalin (afak). Mai rar poate apărea după traumatisme oculare care s-au soldat cu plăgi iriene de dimensiuni relativ mici, sau dezinserția rădăcinii irisului, dar și cu păstrarea transparenței normale a cristalinului. Mai poate apărea spontan, de obicei la persoane mai vîrstnice la care se instalează opacități cristaliniene în sector și care se modifică în mod neuniform, odată cu transparența și refringența cristalinului.

— binoculară : — paralizii ale musculaturii extrinseci, — modificarea poziției globului ocular în orbită (traumatisme care s-au soldat cu fracturi sau hematoame orbitare).

c) **FOSFENE :** — spasme vasculare retiniene ; — preludiu al unei dezlipiri de retină sau, în perioada postoperatorie, în dezlipirea de retină ; — însoțite de cefalee puternică, senzație de greață și vărsături, în migrenă.

d) **FOTOFOBIA.** De cauză oculară, apare în multiple circumstanțe : leziuni corneene care duc la leziuni ale epiteliului corneean, cum ar fi :

— Traumatisme fizice : contuzii uneori de intensitate foarte redusă (foaie de hîrtie, corpi străini care au apărut în diferite activități și care au acționat pe cornee, fiind apoi îndepărtați).

Scanned with OKEN Scanner

— **Oftalmia fotoelectrică** survine după expuneri la radiații ultraviolete (lampă de cuarț, sudură, artificii aprinse pe pomul de iarnă, privite timp mai îndelungat) sau uneori poate apărea și la persoane care rămîn timp mai îndelungat în încăperi mici, iar sursa de radiații este plasată în apropierea unor obstacole (perete, paravane etc.), chiar dacă nu privesc direct spre sursă.

După un interval de 6—8 ore (în timpul somnului chiar) apare senzația de corp străin, înțepături la nivelul pleoapelor și al globului ocular, lăcrimare și blefarospasm deosebit de puternic. Pleoapele se edematiază, tegumentele devin hiperemice. La deschiderea pleoapelor se constată o hiperemie a conjunctivelor. După administrarea unui anestezic de suprafață, cum ar fi Xilina 2% sau Dicainã 1%, acuzele dispar. Nu este recomandabilă utilizarea cocainei.

— Fotofobia întîlnită la persoanele care se expun la soare pe timp de iarnă (cu zăpadă).

— Traumatismele corneei cauzate de lichide fierbinți, chiar dacă nu produc alterări ale transparenței corneene și se reduc doar la leziuni epiteliale, pot să genereze fotofobie. În aceste condiții, dacă lichidele care au acționat nu sînt caustice, instilarea unui colir antiseptic (Colargol 3%, Argirol 10—15%, Sulfacetamid, Cloramfenicol 5‰ etc.), asociat cu Dionină 2% și un midriatic (Scopolamină 1—2‰), urmat de aplicarea unui pansament ocular steril atenuează în foarte mare măsură acuzele oculare. În cazul în care este vorba de un lichid caustic, se vor face spălături cu apă sau neutralizante, ale fundului de sac conjunctival și apoi se aplică tratamentul de mai sus.

— **Traumatismele chimice** (arsurile corneo-conjunctivale) pot fi provocate de substanțe cu *p*H acid sau *p*H bazic. Ele pot fi de grade diferite : de la simpla dezepitelizare a corneei, pînă la alterări grave ale transparenței corneene, care ia aspect porțelanos (aspect de „ochi de pește fiert").

Tratamentul reclamă maximă urgență, și constă în îndepărtarea particulelor solide în mod mecanic, chiar fără aplicarea de anestezic de suprafață, pentru a nu se realiza soluții caustice, odată cu administrarea antiseptului. Pentru o cît mai completă evacuare a substanțelor agresoare, se recomandă răsfrîngerea pleoapelor și evacuarea causticului de pe conjunctiva tarsală și a fundurilor de sac, mai ales din șanțul subtarsal al pleoapei superioare, după care se vor aplica anestezice de suprafață și se vor efectua spălături largi cu soluții neutralizante. În cazul arsurilor cu acizi se vor folosi soluții de bicarbonat de sodiu 1‰, și soluție de acid boric 3% sau acid acetic soluție 3—5‰ dacă arsurile sînt cu substanțe bazice. Spălăturile vor fi repetate (1—2 litri de soluții neu-

Scanned with OKEN Scanner

tralizante). Se va aplica apoi tratamentul local cu antibiotice : Dionină, midriatice. Nu se va aplica pansament ocular cel puțin în primele 1—2 zile.

Subliniem faptul că, de corectitudinea tratamentului de urgență depinde prognosticul funcțional al acestor accidentați — poate în mai mare măsură decît de tratamentul aplicat ulterior, în servicii de specialitate. Afecțiunile inflamatorii oculare, mai ales corneene, apoi cele uveale, îndeosebi iridociclitele, pot fi însoțite de fotofobii mai mult sau mai puțin accentuate. Menționăm fotofobia la lumină diurnă, caracteristică copiilor cu glaucom congenital.

Fotofobia de cauze extraoculare este prezentă în boli infecto-contagioase, meningite etc.

e) **LĂCRIMAREA** cronică apare în afecțiuni ale aparatului lacrimal, în general, și a căilor excretorii ale aparatului lacrimal, în special (puncte lacrimale eversate sau obstruate, canalicule obstruate etc.).

Lăcrimarea instalată în mod brutal (acut) este însoțită obișnuit de fotofobie și blefarospasm. Aceste simptome denotă leziuni acute corneo-conjunctivale (traumatisme, corpi străini), (vezi fotofobia).

f) **INCEȚOȘAREA VEDERII.** — Însoțită de senzație de curcubeu și de cefalee. În pusee de glaucom : — vezi și pierderea vederii instalată lent ; — după ingestia unor medicamente, în a căror compoziție intră și preparate de beladonă, sau dezvoltă un efect parasimpaticolitic. În aceste cazuri este interesată îndeosebi vederea de aproape și este bilaterală ; — foarte vagă scădere de vedere centrală, la un singur ochi (bolnavul compară adesea modificarea vederii centrale ca și cînd ar privi printr-o picătură de apă), întîlnită în retinită seroasă centrală.

g) **MICROPSII.** Imaginea obiectelor apare micșorată (dacă sînt privite cu fiecare ochi în parte). Simptomul apare în stări de edem macular. Frecvent este asociată cu deformarea imaginilor și chiar cu scăderea acuității vizuale.

h) **PIERDEREA VEDERII**

— Instalată brutal : — hemoragie maculară ; — hemoragie vitreană ; — obliterare de arteră centrală a retinei (interesează un singur ochi). Apare la persoane mai vîrstnice, pe fondul atero- sau arteriosclerozei, precum și a unor boli emboligene (valvulopatii, tromboflebite etc.).

— Isterie, interesează ambii ochi (vezi capitolul)

— Mai lent, obliterarea venei centrale a retinei.

— Nevrită optică.

— Dezlipirea de retină interesează un sector din cîmpul vizual și se extinde treptat.

Scanned with OKEN Scanner

i) **SENZAȚIA DE CURCUBEU :** în jurul surselor de lumină artificială. Se datorează hiperhidratării corneei. Se întîlnește în hipertensiunea intraoculară (glaucom) și se asociază, obișnuit, de încețoșarea vederii și de cefalee. Tensiunea intraoculară este crescută.

2. DUREREA

Bolnavii pot să acuze dureri oculare, cîte odată cu iradieri perioculare sau chiar cu caracter de **hemicranie ;** uneori iau un caracter extrem de violent (în cazul atacului de glaucom și mai ales în unele forme de iridociclită). Adesea sînt însoțite și de scăderea vederii, precum și de fenomene congestive la nivelul pleoapelor și al polului anterior (vezi glaucomul și iridociclita).

Durerea puternică și senzația de arsură la nivelul ochiului și în teritoriul inervat de oftalmic precede erupția cutanată în zona Zoster oftalmică.

Cefalee violentă, însoțită de fosfene, senzație de greață, uneori și fotofobie și care dispar după vărsături se întîlnește în migrenă (vezi migrena). Cefalee și uneori dureri în globii oculari survenind după eforturi vizuale (scris, citit, lucru manual) denotă vicii de refracție incorect sau deloc corectate. În cadrul sindromului oculo-cervical (spondiloza coloanei cervicale) se întîlnesc stări de cefalee cu iradieri în globii oculari.

3. TUMEFACȚIA PLEOAPELOR

a) Lipsind fenomenele inflamatorii

Emfizemul palpebral survine după contuzii ale regiunii orbitare care se soldează cu fisuri sau fracturi ale lamei papiracei a etmoidului.

Clinic, se observă echimoze ale tegumentelor palpebrale și distensia lor, precum și tumefacția puternică a pleoapelor cu închiderea completă a fantei palpebrale. La palparea pleoapelor se constată crepitații (palparea pleoapelor nu declanșează durere), fenomenele inflamatorii fiind practic absente.

Tratament. Se recomandă pansament compresiv. Aerul din țesuturile palpebrale se resoarbe în 3—5 zile.

Scanned with OKEN Scanner

b) **Fenomenele inflamatorii fiind prezente**

Abces

Furuncul: simptomatologiei cunoscute i se adaugă faptul că tumefacția locală poate fi mai accentuată, întrucît țesutul celular subcutanat de la nivelul pleoapelor este mai lax și se lasă mai ușor destins. De asemenea, se recomandă tratament general cu antibiotice pentru prevenirea complicațiilor (propagarea infecției în sistemul venos).

Orgelet: — extern — este o inflamație acută a glandelor lui Zeiss, agentul patogen, cel mai adesea, fiind reprezentat de stafilococ. Debutează prin senzație de jenă, urmată de durere și înțepături la nivelul pleoapei, care se tumefiază și se roșește. Conjunctiva se inflamează. După 1—2 zile, în mijlocul tumefacției, în apropierea marginii libere a pleoapei, apare un punct galben care crește repede, se sparge lăsînd să se evacueze un puroi galben cremos. După evacuarea puroiului durerea încetează, edemul palpebral se retrage, iar ulcerația se cicatrizează. Uneori, în continuare, alți foliculi pilоși se infectează, apărînd serii întregi de orgelete, stare denumită hordeoloză.

Tratament (în faza de debut) : se vor aplica comprese reci timp de 20 minute de trei ori pe zi pentru a face să regreseze inflamația. Dacă fenomenele inflamatorii sînt avansate, se vor aplica comprese umede calde, pentru a grăbi evoluția și colectarea. Se vor instila soluții antiseptice : Argirol 10%, Colargol 3%, Sulfacetamidă 20%, Cloramfenicol 5‰, în sacul conjunctival. Se poate favoriza evacuarea mai rapidă a puroiului colectat prin epilarea cilului de la nivelul foliculului afectat. Este interzisă însă evacuarea puroiului prin presiune. În caz de hordeoloză se poate utiliza anatoxina sau vaccinarea antistafilococică, dacă este posibil cu autovaccin. De asemenea, este bine ca în astfel de cazuri să se determine glicemia, întrucît uneori astfel de bolnavi pot fi diabetici.

— intern — este o inflamație supurativă, stafilococică a glandelor lui Moibomius. Are o simptomatologie asemănătoare cu a orgeletului extern, însă mai alarmantă, întrucît țesuturile din jurul colecției sînt mai rigide, nu se lasă destinse și creează o stare de tensiune mai accentuată. Abcesul format poate să se deschidă la nivelul tegumentelor sau cel mai adesea transconjunctival. În această formă, de orgelet, poate fi prezentă și adenopatia preauriculară. Tratamentul este identic cu al orgeletului extern.

Dacrioadenita este inflamația glandei lacrimale și poate fi acută sau cronică.

Dacrioadenita acută este rară. Mai frecvent este întîlnită la copii, în cadrul febrelor eruptive. Se manifestă, local, prin tumefacția 1/3 sau 1/2

Scanned with OKEN Scanner

externe a pleoapei superioare, ducînd la deformarea fantei palpebrale prin îngustarea în sectorul extern (aspect de virgulă). Sînt prezente, de asemenea, durerea locală, roșeața și ridicarea temperaturii tegumentelor palpebrale, precum și împăstarea zonei tumefiate vecină marginii orbitei.

Evoluție. Se ajunge la resorbție, mai rar la abcedare. *Tratament.* Antibiotice — general —, antiflogistice (Aspirină, Butazolidin). La nevoie, incizie și drenaj.

Dacrioadenita cronică este mult mai rară. Se manifestă prin tumefacția glandei lacrimale, lipsită de fenomene inflamatorii. Etiologia bacilară sau luetică sînt cele mai frecvente. Este frecventă, de asemenea, în cadrul sindromului Mikulicz, alături de tumefacția glandelor lacrimale.

Tratamentul etiologic și röentgenterapia sînt indicate.

Dacriocistita cronică — se poate complica, dînd naștere la fenomene acute perisaculare. În regiunea prelacrimală, tegumentele devin hiperemice, se tumefiază și apar în continuare toate simptomele clasice ale inflamației (tumor, rubor, calor, dolor). Curînd, fenomenele se extind și la nivelul ambelor pleoape care, datorită edemului, micșorează fanta palpebrală pînă la închiderea ei completă. Se realizează astfel un veritabil abces. *Tratament de urgență:* antibiotice (Penicilină 800 000 U la 6 ore și Streptomicină 1 g) și antiflogistice (Alindor, Fenilbutazonă). Se îndrumă spre un serviciu de specialitate pentru incizie și drenaj.

4. AFECȚIUNI ACUTE ALE FORMAȚIUNILOR ORBITARE

MODIFICAREA POZIȚIEI GLOBULUI OCULAR ÎN ORBITĂ CONCOMITENT CU FENOMENE INFLAMATORII LA NIVELUL PLEOAPELOR ȘI CONJUNCTIVELOR

Osteoperiostita. Inflamație care interesează pereții orbitei. La rîndul ei poate să intereseze : marginile, pereții sau vîrful orbitei. Poate fi acută sau cronică.

Forma acută. Osteoperiostita marginii orbitei se manifestă subiectiv prin dureri spontane, exacerbate la compresiunea zonei afectate : uneori diplopie cauzată de devierea globului ocular. Obiectiv se constată simptomele clasice ale inflamației și împăstarea marginii orbitare interesate. Edemul se extinde la nivelul pleoapelor și al conjunctivei. Poate fi prezentă uneori devierea globului ocular, însoțită sau nu de limitarea motilității oculare în direcția focarului lezional, cînd sediul leziunii este la nivelul unui perete al orbitei.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul în care focarul este situat la nivelul vîrfurilor orbitei, poate apărea sindromul senzorio-senzitivo-motor sau sindromul de vîrf de orbită. El este caracterizat prin scăderea acuității vizuale, paralizii ale musculaturii extrinseci pînă la abolirea completă a mișcărilor globului ocular, precum și hipoestezie sau anestezie în teritoriul oftalmicului. Acest sindrom nu este caracteristic osteoperiostitei, fiind întîlnit și în fracturile sau tumorile interesînd vîrful orbitei.

În afara manifestărilor locale, pot fi prezente și fenomene septice : febră, frison, alterarea stării generale. Agenții patogeni — cei mai frecvent întîlniți sînt streptococul sau stafilococul. Ei apar în cadrul sinusitelor (interesînd sinusurile anterioare ale feței pentru osteoperiostite sau sfenoidul pentru vîrful orbitei) sau metastazelor orbitare, în cadrul unor boli embolizante.

Tratamentul constă în administrarea de antibiotice în doze masive, la care se pot asocia antiflogistice și calmante. În cazul în care se ajunge la colectare, se va face orbitotomie cu deschiderea colecției și drenaj cu lamă de cauciuc.

Formele cronice au o simptomatologie mai puțin dramatică, etiologia lor fiind cel mai adesea bacilară sau luetică. Aceasta din urmă interesează mai ales periostul și debutează mai violent decît cea acută, interesînd cu predilecție marginile orbitei. Forma bacilară este însoțită de o simptomatologie mai puțin alarmantă, interesează masa osoasă, mai ales marginea interioară a orbitei. Se produc veritabile abcese reci, cu sechestre osoase care se deschid, realizează o fistulă și îmbracă o evoluție trenantă. Examenul serologic, I.D.R.-ul, prezența altor focare bacilare ne ajută în stabilirea diagnosticului etiologic.

Tratamentul este cel specific. Local, deschiderea colecției, eventual evacuarea sechestrelor în cazul formei bacilare.

Celulita orbitară. Infecția țesutului celulo-grăsos al orbitei, cauzată de obicei de piogeni provenind metastatic în cursul unor boli septice, afecțiuni supurative de la nivelul feței, afecțiuni anterioare feței. Mai rar, cu ocazia unor plăgi palpebro-orbitare.

Simptomatologia este destul de alarmantă. Sînt prezente simptome generale : febră, frison, stare septică, dureri oculare cu iradiere periorbitar. Scăderea vederii, uneori foarte accentuată. Pleoapele sînt tumefiate, cu tegumente hiperemice și temperatură locală crescută. Globul ocular protrusionat cu mișcări abolite, chemozis al conjunctivei bulbare. Pupila poate fi midriatică, rigidă ; fundul de ochi : venele retiniene dilatate sinuoase pînă la aspect de dilatare de venă centrală a retinei. Prin creșterea presiunii în orbită se produc tulburări circulatorii și fenomene compresive resimțite de nervul optic (scăderea acuității vizuale). Acestea se pot solda chiar cu atrofia optică.

Scanned with OKEN Scanner

Germenii patogeni prezenți în orbită pot afecta bogatele plexuri venoase de la acest nivel și deci să apară tromboflebita venelor orbitare, agravînd tabloul clinic și întunecînd prognosticul bolnavului. Posibilitatea apariției altor complicații, cum ar fi : tromboflebita sinusului cavernos sau meningita devin iminente.

Tratamentul trebuie să fie foarte energic și constă în antibioterapie masivă (asociere de antibiotice), antiflogistice și sedative ale durerii. În cazul la care se ajunge la colectare, se recurge la orbitotonie cu deschiderea flegmonului orbitar, urmat de drenaj.

Tenonita — inflamația capsulei lui Tenon. Obișnuit, sînt două forme clinice : seroasă și supurată. Tabloul clinic este apropiat de cel al celulitei, totuși mai puțin dramatic. Tentativele de mișcări ale globului sînt deosebit de dureroase, motiv pentru care bolnavul rotește capul. Lipsesc modificările oftalmoscopice. Sînt descrise două forme clinice : forma seroasă și cea supurată.

Etiologie. Obișnuit reumatismală. Corespunde formei clinice seroase în care lipsesc fenomenele supurative. Germeni patogeni, mai ales piogeni vehiculați prin plăgi orbito-palpebrale care duc la infecție și supurație și reprezintă cea de-a cincea formă clinică, cea supurată a tenonitei.

Tratament. În forma seroasă se recurge la tratamentul antireumatismal. În forma supurată antibioterapie, asociată cu antiflogistice, iar dacă se ajunge la abcedare, incizie și drenaj.

Tromboflebita venelor orbitare. Simptomatologia este în general asemănătoare cu cea a celulitei orbitare, însă adesea mult mai severă, atît local cît și general. Alterarea stării generale este mai gravă. Fenomenele inflamatorii locale sînt accentuate. Frecvent se asociază simptomatologiei amintite, edemul zonei mastoidiene, iar oftalmoscopic aspect de edem papilar, uneori în cîteva ore fenomenele se instalează și la orbita opusă. Elementele de gravitate, amintite, se datorează afectării sinusului cavernos prin propagare de la plexul orbitar.

Prognostic : înaintea apariției antibioticelor era exclusiv fatal. El rămîne rezervat astăzi.

Tratamentul constă în antibioterapie masivă, antiflogistice și fibrinolitice minore de tip heparină.

5. ISTORIC

Bolile oculare sau generale cunoscute de bolnavi pot să se complice și să genereze simptome oculare, uneori majore.

Scanned with OKEN Scanner

5.1. BOLI OCULARE

Glaucomul. La bolnavii diagnosticați drept glaucomatoși pot apărea complicații :

— glaucom cu unghi îngust. Poate să prezinte atac de glaucom (glaucom acut) ;

— glaucomul cu unghi deschis. Pot să apară cu frecvență mai crescută decît la neglaucomatoși : accidente vasculare retiniene, mai ales venoase. De asemenea, dezlipiri de retină. În toate aceste împrejurări se instalează scăderea de vedere în mod destul de brutal.

Accidentele vasculare retiniene, mai ales dacă nu au fost tratate cu anticoagulante, pot să se complice cu glaucom neovascular cu simptomatologie destul de asemănătoare cu atacul de glaucom, cu excepția debutului mai lent în glaucomul neovascular. Apariția complicației se înregistrează aproximativ după trei luni de la accidentul vascular retinian. Se va administra Ederen (4 tablete/zi) și bolnavul va fi îndrumat spre un serviciu de specialitate.

Miopia. Poate apărea cu frecvență mult mai mare o dezlipire de retină sau hemoragie maculară. Ambele afecțiuni se manifestă prin scăderea accentuată a acuității vizuale.

Traumatismele oculare, mai ales contuzii puternice, sau corpi străini intraoculari (extrași sau ignorați) și care au lăsat o acuitate vizuală bună, se pot complica cu dezlipire de retină.

Keratitele, îndeosebi cea herpetică sau flictenulară pot să recidiveze. Cicatricile corneene pot să se exulcereze și să genereze simptomele caracteristice unui proces acut cornean.

Cataracta. Diagnosticată de obicei de mai mulți ani și neoperată, se poate complica de glaucom fakolitic cu simptomatologie destul de asemănătoare atacului de glaucom. În această formă de glaucom, în cîmpul pupilar se vede sau se întrezărește (prin corneea edematoasă) prezența cristalinului intumescent, cenușiu-murdar.

Tratamentul de urgență : Glicerol și Ederen după schema prezentată la atacul de glaucom. În cazul în care ochiul a fost operat de cataractă, poate să apară dezlipirea de retină mai frecvent decît la ochii neoperați. Pot apărea de asemenea fenomene congestive însoțite de vedere scăzută, cauzate de : glaucom în ochi afac, irido-ciclită sau invazie epitelială a camerei anterioare.

Tratament : midriatice, antiflogistice, iar dacă e cazul Ederen.

Glaucomul operat se poate complica cu infecții ale fistulei care se trădează prin fenomene congestive, iar fistula se menține alb-sidefiu sau

Scanned with OKEN Scanner

alb-gălbui. Scăderea vederii este foarte accentuată ; adesea aceste fenomene apar în cadrul unor conjunctivite acute.

Tratament : antibiotice, general și local (instilații și mai ales subconjunctival), antiflogistice, midriatice.

Dacriocistita cronică se poate complica.

5.2. BOLI GENERALE

Diabetul se poate complica cu retinopatie diabetică. Cînd hemoragiile sînt localizate în mac ulă, pot provoca scăderi brutale și accentuate ale vederii.

Retinopatia diabetică. Poate fi urmată de glaucom neovascular.

Hipertensiunea arterială. Poate sta la baza accidentelor vasculare retiniene sau hemoragii vitreene.

Bolile emboligene. Stau de asemenea la baza accidentelor vasculare retiniene (îndeosebi arteriale).

Tuberculoza sechelară și reumatismul (indiferent de localizare) pot sta la baza unor leziuni uveale (iridociclite) sau corneene (mai rar).

6. INGESTIA DE MEDICAMENTE

Medicamente cu efect parasimpaticolitic

Pot duce la : — înceţoşarea vederii (îndeosebi vederea de aproape), prin pareze sau paralizia acomodației. Se observă midriază și încetinirea sau abolirea reflexului fotomotor bilateral ; — declanşarea de atac de glaucom (vezi atacul de glaucom).

Substanţe cu efect puternic vasodilatator

Pot declanşa : — atac de glaucom (prin congestie iriană) ; — îngroşarea rădăcinii irisului (deci îngustarea unghiului camerular).

Tratamentul cu corticosteroizi, general sau local, poate duce la declanşarea unei hipertensiuni intraoculare (glaucom cortizonic).

Preparatele de atebrină pot genera leziuni neuroretiniene prin spasme vasculare retiniene. Utilizarea anticoncepționalelor pot genera leziuni ale tuturor structurilor oculare care se manifestă prin scăderea acuității vizuale. Efecte generale după utilizarea medicamentelor pentru tratamentul unor boli oculare :

Scanned with OKEN Scanner

— utilizarea ederenului poate genera fenomene de intoleranță ;
— furnicături în membre ;
— colici, mai ales renale ;
— blocaj vezical la bărbați cu adenom periuretral ;
— erupții cutanate ;
— afecțiuni hematologice ;
— utilizarea midriaticelor — Atropina și mai ales Scopolamina pot genera stări confuzionale uneori foarte accentuate.

Atacul de glaucom

Survine după stări de enervare, emoții puternice, ingestia unor medicamente sau instilarea în sacul conjunctival a unor picături cu efect parasimpaticolitic, ședere în întuneric, în general după orice cauză în măsură să inducă midriază.

Bolnavul acuză : începețoșarea vederii la un ochi (mai rar la ambii ochi), însoțită de senzație de curcubeu în jurul surselor de lumină artificială. Treptat aceste fenomene se accentuează și li se asociază dureri oculare și perioculare, precum și congestia conjunctivelor, mai accentuat pericheratic.

Dacă nu se instituie tratamentul adecvat, acuzele oculare se accentuează și alături de ele apare senzația de greață și chiar vărsături. Uneori, manifestările digestive pot fi atît de accentuate încît să domine tabloul clinic și nu de puține ori astfel de cazuri au fost diagnosticate „abdomen acut", tratate în primă instanță ca atare (parasimpaticolitice, antispastice), și îndrumate spre servicii chirurgicale.

Antecedente heredo-colaterale : în familia bolnavului pot exista și alți membri suferind de glaucom. Antecedente personale. Bolnavul poate să mai fi avut pusee de „începețoșarea vederii", însoțite de senzație de curcubeu, cefalee, grețuri, survenind de obicei în condițiile mai sus amintite și care au cedat după antalgice sau chiar spontan.

La examenul obiectiv se constată moderat edem palpebral, cu micșorarea consecutivă a fantei palpebrale. Lăcrimare și ușoară fotofobie. Corneea edematoasă, cu aspect de geam aburit. Congestie perikeratică superficială și profundă. Vasele episclerale dilatate, sinuoase. Camera anterioară micșorată. Iris cu desen și luciul dispărut, de un colorit modificat (cenușiu murdar dacă este iris albăstrui sau maron-murdar dacă irisul este maron). Pupila în midriază spontană, rigidă, adesea ovalară cu axul mare oblic. În cîmpul pupilar, dacă edemul cornean nu este prea accentuat, se remarcă un reflex verzui. Tensiunea intraoculară foarte mare ; la palpare digitală globul ocular este de consistență dură.

Diagnosticul diferențial se face cu : iridociclită, conjunctivită.

Tratament de urgență : Ederen (sau alte preparate de acetozolamidă) 2 tablete, iar din 6 în 6 ore una sau chiar două tablete. În preala-

bil se va chestiona bolnavul dacă nu prezintă intoleranță la sulfamide, în general, și la Ederen, în special. Efectul maxim al ederenului se instalează după 3 ore și este potențat de substanțe acidifiante (acid ascorbic 20—30 fiole a 5 ml i.v.). Glicerol (sau glicerină) uz intern, 1,5 g/kg corp într-o singură doză, per os. Pentru înlăturarea gustului prea dulceag care poate duce el însuși la vărsături, este bine să oferim bolnavului 1—2 felii de lămîie. Efectul glicerolului se manifestă între 60—90 minute, după care, în cazul ochiului normal, urmează o ușoară ascensiune intraoculară.

Din acest motiv este bine ca acest tratament să fie asociat și continuat fie cu Ederen în dozele amintite, fie cu miotice sub formă de instilații (Pilocarpină 2% la o oră interval).

Glicerolul este contraindicat la bolnavi cu accidente vasculare cerebrale în antecedente, precum și la rezecații gastric. De asemenea, se recomandă prudență la cei cu A.S.C., precum și la marii hipertensivi.

Pentru combaterea durerii, deosebit de eficientă este injecția retrobulbară cu Novocainã 4% sau Xilinã 1%, 1,5—2 ml (durerea încetează subit). Pentru sedarea bolnavului, se recomandă barbiturice sau Meprobamat. Sînt contraindicate sedativele sau tranchilizantele cu efect parasimpaticolitic. Se impune îndrumarea de urgență la un serviciu de specialitate.

Iridociclita

Debut insidios. Jenă oculară, senzație de corpi străini, lăcrimare și moderată fotofobie. Treptat fenomenele se accentuează. Durerea devine tot mai intensă și iradiază periocular sau cu caracter de hemicranie. Adesea se înregistrează exacerbarea nocturnă a durerii, mai ales între orele 2—3 noaptea. Uneori ea devine de o violență ieșită din comun. Scăderea vederii este de diferite grade (după forma clinică a bolii), mergînd de la vedere normală, pînă doar la percepția luminii.

Antecedentele personale neconcludente. Bolnavul poate să mai fi avut pusee de iridociclită. Este adesea vechi reumatic (îndeosebi spondilita Bechterew). Poate fi suferind de anumite boli infecțioase cronice sau sechele ale acestora (tbc, bruceloză, leptospiroză, toxoplasmoză, lues etc.). Bolile cronice (colecistopatie, boli urogenitale, focare de infecție) favorizează apariția iridociclitelor.

La examenul obiectiv se constată : edem palpebral mai accentuat în vecinătatea marginilor libere palpebrale. Fanta palpebrală micșorată. Congestie perikeratică profundă, mai ales. Corneea puțin sau deloc modificată (ușor edem și precipitate keratice sub forma unor mici puncte cenușii greu vizibile chiar cu lupa și situate în treimea inferioară). Camera anterioară de profunzime normală. Umoarea apoasă poate fi de aspect normal (adică aspect optic vid) ; adesea însă se constată Tyndall prezent sau chiar exudat, ce poate ocupa întreaga cameră (aspect de

Scanned with OKEN Scanner

gel). Iris cu desen și luciu dispărut. Culoarea irisului este modificată, ca și în cazul glaucomului. Pupila este miotică, punctiformă, uneori cu contur neregulat din cauza sinechiilor iriene posterioare (aderențe între marginea pupilară a irisului și cristaloida anterioară).

Tensiunea intraoculară normală sau chiar scăzută. De menționat că, adesea, tentativa de palpare digitală a globului ocular declanșează dureri puternice oculare, încît bolnavul își retrage capul pentru a evita presiunea digitală, oricît de blînd s-ar executa această manevră.

Tratament de urgență: midriatice sub formă de instilații în sacul conjunctival, Atropină 1% de 4—6 ori cîte 1 picătură sau Scopolamină 2‰ de 3 ori cîte 1 picătură. Căldură uscată aplicată local. Antalgice și antiflogistice (Alindor, Fenilbutazonă etc.). Este recomandabil ca bolnavul să fie îndrumat spre un serviciu de specialitate pentru investigații și tratament.

Keratitele

Sînt inflamații ale corneei, de etiologie variată. Pe lîngă fenomenele inflamatorii de la nivelul polului anterior al globului ocular și al anexelor sale, asemănătoare cu cele din iridociclită, în cazul keratitelor, lăcrimarea și fotofobia sînt, mai ales în formele superficiale, mult mai accentuate. La examenul obiectiv se constată alternarea luciului și a transparenței corneei, iar în cazul keratitei herpetice este prezentă, constant, hipoestezia sau chiar anestezia corneei.

Tratament de urgență. Local se administrează midriatice, ca și în cazul iridociclitelor, precum și coliruri, antiseptice (Cloramfenicol 5‰, Colargol 3% sau Argirol 10—15%). Lăcrimarea și fotofobia sînt mult ameliorate după aplicarea unui pansament steril la nivelul ochiului afectat.

Conjunctivitele

Inflamații acute ale mucoasei conjunctivale. Debut, cel mai adesea, insidios, cu senzație de corpi străini. Uneori însă debutul este legat de traumatisme oculare sau corpi străini corneeni sau conjunctivali. Obiectiv se constată congestia conjunctivelor, mai ales în vecinătatea fundurilor de sac. Congestia este superficială.

Conjunctivita tarsală puternic hiperemiată îngroșată cu aspect catifelat. Secreția conjunctivală devine seromucoasă, apoi mucopurulentă și duce la aglutinarea cililor și a marginilor libere palpebrale, mai ales la trezirea din somn. Uneori (mai rar) se pot constata infiltrate corneene punctiforme, alb-gălbuie de mărimea unei gămălii de ac, situate la periferia corneei.

Diagnosticul diferențial se face cu: glaucomul acut, iridociclitele și keratitele.

Scanned with OKEN Scanner

Tratament: antiseptice local în sacul conjunctival sub formă de coliruri (Cloramfenicol 5‰×6, Colargol 3%×3, Argirol 10%×3). Pentru a preveni aglutinarea cililor și a pleoapelor se pot administra, pe marginile pleoapelor, alifii cu antibiotice (Kanamicină, Tetraciclină).

Sînt total contraindicate: compresele sub orice formă, precum și pansamentele oculare. Utilizarea soluției de hidrocortizon sau chiar introducerea hidrocortizonului în coliruri antiseptice le considerăm neraționale, putînd să accentueze secreția conjunctivală.

Diagnosticul diferențial: cu afecțiunile oculare ce se însoțesc de congestia polului anterior al globului ocular.

Scanned with OKEN Scanner

O.R.L.

1. TRAUMATISMELE NASULUI

Se împart în trei categorii :

1. leziuni ale părților moi — contuzii și — plăgi ;

2. leziuni ale scheletului osteo-cartilaginos — fracturi închise ; — luxații ;

3. leziuni ale părților moi și ale scheletului — fracturi deschise, — mutilările piramidei nazale.

LEZIUNI ALE PĂRIȚLOR MOI

a) **Contuzia piramidei nazale**

Simptome. Tumefacție, edem al piramidei nazale, durere, uneori hemoragie endonazală cu debut acut posttraumatic.

Examenul obiectiv. Inspecția ne arată tumefacție și edem al piramidei nazale și uneori hemoragie endonazală, iar bolnavul și anturajul relevă prezența agentului vulnerant. **Diagnosticul** este clar, prin semnele obiective și prezența traumatismului ca factor declanșant.

Fractura se exclude prin palparea piramidei nazale, care nu evidențiază crepitații.

Luxația presupune o deviație laterală a piramidei cartilaginoase și a septului. Cînd acestea nu pot fi excluse doar prin inspecție și palpație, se impune un examen de specialitate O.R.L. și uneori radiografie din față și profil a piramidei nazale.

Cînd diagnosticul este clar și contuzia nu este însoțită de o hemoragie endonazală, cazul poate fi rezolvat ambulatoriu — prin comprese cu apă rece, sau soluție Burow, și antialgice.

Cînd există hemoragie endonazală, se efectuează un tamponament cu tampoane de vată îmbibată în pulbere de trombină, soluție antipi-

Scanned with OKEN Scanner

rină 10% sau apă oxigenată. În lipsa acestora, se face o compresiune digitală la nivelul petei vasculare, timp de 10 minute. În caz de sîngerare mai prelungită, se asociază hemostatice pe cale generală, calciu, Vitamina C, Venostat, Adrenostazin.

Dacă diagnosticul nu este clar și avem suspiciunea unei fracturi sau hemoragia endonazală nu poate fi stăpînită, este necesară internarea atît pentru precizarea diagnosticului prin examinări de specialitate, cît și pentru continuarea tratamentului.

b) **Plăgile piramidei nazale**

Simptome. Prezența unei soluții de continuitate la nivelul piramidei nazale, de diferite aspecte, în funcție de forma și forța agentului vulnerant (punctiforme, lineare, anfractuoase, superficiale sau profunde), cu sau fără hemoragie externă sau endonazală. Plăgile sînt însoțite de obicei de starea de șoc, durere și edem al țesuturilor din jur, iar uneori prezența de corpi străini, ce țin de agentul traumatic (așchii de lemn, pămînt etc.). Atît bolnavul cît și anturajul este alertat.

Examenul obiectiv. Palparea exclude existența unei fracturi prin lipsa crepitațiilor osoase și a deplasărilor. Palparea, cu un stilet, poate permite aprecierea profunzimii și deci a gravității leziunii, precum și prezența corpilor străini. **Diagnostic.** În general, diagnosticul este clar, nefiind nevoie de alte investigații. Problemele de diagnostic care se pun constau în clarificarea asocierii sau nu a unei fracturi, sau a cointeresării altor regiuni ale feței.

Soluția cazului. În caz de plăgi mici și superficiale, cu hemoragie minimă, nu este necesară internarea, fiind suficientă o dezinfectare a plăgii, urmată de un pansament steril, profilaxie antitetanică, antialgice și la nevoie antibiotice. În caz de plăgi anfractuoase și profunde cu hemoragie mare, este necesară internarea în serviciul de specialitate. Internarea se va face de urgență, după efectuarea unor măsuri imediate de dezinfecție locală, pansament hemostatic, antialgice și profilaxie antitetanică. Internarea este impusă atît de gravitatea leziunii, cît și de necesitatea obținerii unui rezultat final cît mai estetic.

TRAUMATISME CU INTERESAREA SCHELETULUI OSTEO-CARTLAGINOS

Pot fi : — fracturi închise ; — luxații.

În impacte forte, fracturile piramidei nazale pot fi asociate de fracturi ale oaselor feței (peretele sinusului maxilar, frontal, efracția celulelor etmoidale, perete orbitar), imprimînd un caracter de gravitate. Trebuie avută în vedere posibilitatea cointeresării în traiectul de fractură a lamei ciuruite a etmoidului cu scurgere de LCR prin fosa nazală, leziune ce poate determina grave complicații endocraniene prin infecție ascendentă (meningite, meningo-encefalite).

Scanned with OKEN Scanner

Simptome. Bolnavul prezintă diferite grade de șoc, în funcție de intensitatea traumatismului și a leziunilor (mergînd uneori pînă la comoție cerebrală, ca în cazul fracturilor cu interesarea lamei ciuruite a etmoidului), durere locală, hemoragie și obstrucție nazală îndeosebi în formele cu deplasare laterală sau înfundare, asociate cu luxații și fracturi de sept, hematom septal, cheaguri de sînge în fosele nazale.

Examen obiectiv. Inspecția ne arată o piramidă nazală tumefiată, uneori deformată, cu înfundare sau laterodeviere, echimoze și edeme palpebrale, însoțite sau nu de hemoragii subconjunctivale. La palpație se constată durere vie de-a lungul traiectului de fractură, crepitații osoase, emfizem subcutanat — cînd există soluție de continuitate a mucoasei nazale sau efracția celulelor etmoidale.

Diagnosticul pozitiv este evident și se poate aprecia bilanțul leziunilor, cînd bolnavul este examinat imediat. În cazul fracturilor de gravitate mică, fără deplasare, sau chiar cu o deplasare laterală minimă, cînd diagnosticul este dedus clar din datele anamnestice și aspectul obiectiv, cazul poate fi soluționat ambulatoriu. În aceste împrejurări, măsurile terapeutice ce se iau sînt următoarele :

— hemostaza, în caz de epistaxis, prin tampoane nazale îmbibate în soluții hemostatice (Antipirină, Fibrină, Trombină), după evacuarea cheagului endonazal ;

— antialgice (Algocalmin, Antinevralgic) ;

— antiflogistice (comprese umede alcoolizate).

În cazul existenței unei laterodevieri, se poate executa chiar de medicul generalist repoziția piramidei, prin presiune cu policele de partea proeminentă în direcția opusă acțiunii agentului vulnerant, urmată de contenția cu benzi de leucoplast.

În cazul fracturilor mai grave cu sîngerare abundentă, cu înfundări, cu edeme palpebrale și emfizem, internarea este obligatorie, după luarea măsurilor imediate de prim ajutor. Este bine de precizat că, orice caz de fractură nazală să fie repoziționat corect înainte de depășirea intervalului de 10 zile, cînd consolidarea prin calus s-a efectuat. Cazurile incorect tratate constituie sursa displastiilor nazale, ce presupun o intervenție ulterioară mult mai laborioasă de rinoseptoplastie corectoare.

Hematomul septal

Se instalează după o fractură a septului nazal, cînd se produce o colecție sanguinolentă între pericondru și cartilajul fracturat, uni sau bilateral. Simptomul dominant este obstrucția nazală și prezența la inspecție, prin narinoscopie, a unei tumefacții roșii-violacee uni sau bilaterale a septului.

Scanned with OKEN Scanner

Hematomul se poate instala imediat sau în zilele următoare traumatismului. Se impune deci, urmărirea oricărui caz de traumatism al piramidei nazale și trimiterea la examen de specialitate, cînd se suspicionează această complicație ce necesită un tratament chirurgical (incizie și drenaj).

TRAUMATISME CE INTERESEAZĂ PĂRȚILE MOI ȘI SCHELETUL

Fracturile deschise. Semnele clinice sînt cele ale fracturii piramidei nazale, asociate cu cele ale plăgilor, dar șocul este mai puternic și hemoragia mai abundentă. Riscul infecției și cointeresarea regiunilor vecine le imprimă un caracter de gravitate.

Măsuri de urgență: deșocarea accidentatului, hemostaza, toaleta sumară a plăgii cu dezinfecție, aplicarea unui pansament steril și profilaxie antitetanică. În toate aceste cazuri internarea este obligatorie în serviciile de specialitate, unde se va face bilanțul leziunilor și tratamentul chirurgical corect, pentru obținerea unui rezultat funcțional și estetic.

Mutilările piramidei nazale. Survin după secționări sau amputații ale părții cartilaginoase produse de instrumente tăioase, mușcături de animale sau om. Accidentatul prezintă o durere violentă și hemoragie abundentă.

Măsuri de urgență: dezinfecția plăgii, hemostază, antialgice, pansament steril compresiv și profilaxie antitetanică. Dacă este posibil se recuperează fragmentul amputat, care după dezinfecție se introduce în ser fiziologic și se trimite cît mai repede, împreună cu bolnavul, la un serviciu de specialitate în vederea reinplantării. Reinplantarea cu succes poate fi făcută numai în primele 2—3 ore.

2. TRAUMATISMELE AURICULARE

TRAUMATISMELE URECHII EXTERNE

Plăgile pavilionului. Bolnavul prezintă durere, senzație de arsură și hemoragie la nivelul pavilionului.

Examenul obiectiv pune în evidență leziunea, în funcție de intensitatea și forma agentului cauzal, de la plăgi mici pînă la plăgi mari mutilante, amputații parțiale sau smulgeri ale pavilionului.

Măsuri de urgență. Plăgile mici neînsemnate se vor rezolva ambulatoriu, printr-o dezinfecție a plăgii, urmată de pansament steril, antialgice, profilaxie antitetanică și antibiotice cu rol profilactic. Plăgile mai mari, cele zdrobite sau cele cu interesarea cartilajului, amputațiile parțiale sau detașările de pavilion, după un prim ajutor, vor fi îndru-

Scanned with OKEN Scanner

mate imediat în serviciu de specialitate, unde se va continua tratamentul. În caz de amputaţii parţiale sau totale de pavilion, fragmentele vor fi recuperate cu grijă şi, după o spălare cu ser fiziologic steril, vor fi introduse într-o soluţie de Novocainã 1% şi Penicilină, şi vor fi trimise împreună cu bolnavul, pentru a se încerca o autoplastie.

Othematomul. Este o colecţie de sînge între cartilaj şi pericondru, care survine în urma unui traumatism asupra pavilionului.

Simptome subiective: senzaţia de durere şi de tensiune. **Examenul obiectiv** pune în evidenţă pe faţa externă a pavilionului o tumefacţie ovoidă, roşie-violacee, fluctuentă. **Măsuri de urgenţă:** comprese reci, hemostatice, Calciu, Vitamina C, Vitamina K, Venostat.

Aceste cazuri necesită un tratament chirurgical şi vor fi îndrumate, în consecinţă, într-un serviciu de specialitate. Cazul nu impune o internare de urgenţă, bolnavul putînd fi trimis în ziua următoare.

Plăgile conductului auditiv extern. Pot fi izolate, interesînd numai conductul sau asociate plăgilor pavilionului, uneori asociate leziunilor de timpan.

Simptomele subiective sînt durerea şi otoragia. **Examenul obiectiv** poate pune în evidenţă o plagă liniară sau jupuită, dacă e situată în treimea externă a conductului şi bolnavul nu prezintă otoragie abundentă. În astfel de cazuri se poate face un tratament ambulatoriu, ce constă în introducerea unei meşe sterile îmbibată într-o soluţie dezinfectantă (Rivanol, alcool boricat 4%, apă oxigenată 3%).

În plăgile mari întinse cu decolări de tegument, însoţite de otoragie abundentă, diagnosticul nu este posibil şi deci cazul nu poate fi rezolvat ambulatoriu. Bolnavul se trimite pentru examen de specialitate, în vederea precizării diagnosticului şi aplicării tratamentului. Ca măsură de urgenţă, se aplică o meşă sterilă în conduct cu scop hemostatic.

Fracturile conductului auditiv extern. Pot fi izolate, determinate de căderile pe bărbie şi înfundarea condilului mandibular în peretele anterior al conductului auditiv extern, sau asociate unei fracturi de bază de craniu, cu iradiere la stînca temporalului.

Simptome subiective: durere locală accentuată de mişcările mandibulei, acufene, hipoacuzie şi uneori otoragie.

Obiectiv se constată o îngustare a conductului auditiv extern şi otoragie.

Diagnosticul care se stabileşte este numai prezumtiv, avînd în vedere simptomatologia şi modul de producere.

În acest sens, după acordarea primului ajutor — ce constă din combaterea durerii şi introducerea unei meşe sterile în conduct cu rol

Scanned with OKEN Scanner

hemostatic —, se recomandă internarea de urgență într-un serviciu O.R.L. Diagnosticul va fi precizat prin otoscopie, palpare cu stiletul (ce poate evidenția fragmente osoase) și radiografii. În caz de nerezolvare competentă, aceste fracturi pot duce la stenoza conductului.

Perforația traumatică a timpanului

Se produce, direct, prin intermediul unui obiect ascuțit sau a unei spălături incorect executate, sau, indirect, prin creșterea bruscă a presiunii din conduct (explozii, plonjări în apă, lovituri cu palma etc.), sau prin iradierea la cadrul timpanal a unei fracturi de bază.

Simptomele subiective: durere vie, hipoacuzie și zgomote auriculare, uneori vertij.

La **examenul obiectiv,** uneori se constată otoragie. Diagnosticul imediat este doar prezumtiv, prin simptomele subiective și factorul determinant.

Măsuri de urgență: se recomandă aplicarea doar a unui pansament steril în conduct și antialgice. Se vor evita instilațiile auriculare de orice fel, pentru a împiedica suprainfectarea și instalarea otitei medii supurate. Cazul nu poate fi rezolvat ambulatoriu, ci necesită internarea de urgență în serviciul O.R.L., pentru precizarea diagnosticului, printr-un examen otoscopic și tratament adecvat în vederea evitării complicațiilor (supurații) și a sechelelor (perforație definitivă cu hipoacuzie).

TRAUMATISMELE URECHII MEDII

Pot însoți traumatismele urechii externe sau traumatismele craniocerebrale cu fractură de bază iradiată la stîncă.

Simptome: durere vie, senzație de tensiune în ureche, uneori vertij, hipoacuzie, acufene, uneori otoragie, otorahie.

Diagnosticul este numai prezumtiv, avînd în vedere simptomele și factorul determinant și nu poate fi precizat ambulatoriu.

Măsuri imediate: antialgice și păstrarea asepsiei prin aplicarea unui pansament steril. Bolnavul va fi îndrumat de urgență într-un serviciu de specialitate, pentru precizarea diagnosticului și tratament competent.

TRAUMATISMELE URECHII INTERNE

Mecanismul de producere poate fi direct, prin rănire cu un obiect introdus în conduct sau consecința unei împușcături în ureche, și indirect, printr-un șoc cranian însoțit sau nu de fractură de bază iradiată la stîncă.

În cazul unor leziuni grave, prin împușcătură în ureche, rănitul prezintă simptomatologia marilor traumatizați: pierderea cunoștinței,

Scanned with OKEN Scanner

facies palid, respirație încetinită, otoragie, uneori otorahie, paralizie facială. În aceste cazuri, primul ajutor constă din păstrarea unei asepsii riguroase a conductului, prin aplicarea unui pansament steril și transportul de urgență într-un serviciu de neurochirurgie sau O.R.L., unde, prin investigații otoscopice, radiografii, examen neurologic, se face bilanțul leziunilor și tratament adecvat. Celelalte cauze de traumatism ale urechii interne pot determina două forme clinice :

— **Comoția labirintică.** Simptomatologia constă din semne cerebrolabirintice : anxietate, cefalee, tulburări de memorie, hiperemotivitate, vertij labirintic periferic, hipoacuzie. Diagnosticul este prezumtiv, bolnavul urmînd a fi îndrumat de urgență într-un serviciu de neurochirurgie sau O.R.L., pentru precizarea diagnosticului și aplicarea tratamentului corespunzător. Tratamentul, care se aplică pînă la internare, se suprapune tratamentului comoției cerebrale și constă în aplicarea unei comprese reci, pungă cu gheață și sedative.

— **Fracturile labirintului.** Aceste leziuni survin în cadrul traumatismelor cranio-cerebrale. Tabloul clinic este dominat de simptomele comoției, contuziei sau compresiuni cerebrale. Ca semne specifice fracturii labirintice amintim : în cele longitudinale — frecvent otoragie, otorahie ; în cele transversale — semne acustico-vestibulare (vertij, hipoacuzie, acufene, nistagmus) ; în cele oblice — semne labirintice asociate uneori cu paralizia facială.

Măsuri de urgență : păstrarea unei asepsii riguroase printr-un pansament uscat steril în conduct și transportul la serviciul neurochirurgie. Dacă nu pun probleme neurochirurgicale, se îndrumă la serviciul O.R.L. Prognosticul este umbrit de complicațiile infecțioase meningo-encefalice și de sechelele ce le lasă.

Barotraumatismele auriculare

Modificările bruște ale presiunii atmosferice (aviatori, parașutiști, scafandri), produc asupra urechii leziuni ce se traduc subiectiv prin dureri, hipoacuzie, tulburări vertiginoase, iar obiectiv prin leziuni timpanice (perforație), ale casei (hemoragii) sau ale urechii interne (comoție labirintică). Diagnosticul este ușor, cunoscînd cauza și modul de producere al accidentului.

3. TRAUMATISMELE GÎTULUI

Particularitățile anatomice ale acestei regiuni, caracterizate prin prezența unor organe de importanță vitală (ductul laringo-traheal și faringo-esofagian), a unor traiecte vasculare și venoase de o importanță

Scanned with OKEN Scanner

deosebită, precum și prezența glandei tiroide și a unor zone reflexogene importante conferă traumatismelor o gravitate deosebită.

Simptomele majore care imprimă o deosebită gravitate acestor traumatisme sînt : șocul, hemoragia și asfixia, însoțite de alte simptome asociate — disfagia, disfonia etc. Șocul este de obicei agravat prin lezarea zonelor reflexogene, prin durerea puternică, prin abundența hemoragiei și insuficiența respiratorie acută.

Insuficiența respiratorie, manifestată prin dispnee pînă la asfixie, se datorește îngustării lumenului laringo-traheal sau obstruării prin edem, hematoame, cartilaje (fracturate, luxate), chiaguri sanguine sau corpi străini. Hemoragia poate fi externă sau internă, inundînd căile respiratorii.

Examenul obiectiv. Inspecția ne poate permite să apreciem, sumar, gravitatea leziunilor, prin observarea funcțiilor vitale : respirația (dispnee, polipnee, tiraj), starea de șoc compensat sau decompensat, intensitatea hemoragiei, culoarea tegumentelor (palid, cianotic), sediul și profunzimea leziunilor etc. Palpația evidențiază fragmente de cartilaj fracturate, crepitații, emfizem subcutanat etc.

Diagnosticul, în aceste cazuri, nu pune probleme deosebite, avînd în vedere ambianța de producere a leziunii și examenul obiectiv al bolnavului. Un bilanț complet al leziunilor și a gravității acestora nu poate fi făcut decît într-un serviciu de specialitate, unde bolnavul trebuie trimis imediat și de extremă urgență. Un traumatism în această regiune, chiar aparent minor, are un potențial de gravitate deosebită, prin posibila instalare a unei insuficiențe respiratorii acute.

Măsuri de urgență :

— combaterea asfixiei, prin degajarea căilor respiratorii superioare, prin aspirație, introducerea unui tub de cauciuc sau de plastic prin plaga laringeană sau traheală deschisă, sau incizia membranei crico-tiroidiene și asigurarea respirației pe această cale sau prin executarea unei traheotomii de extremă urgență și oxigenoterapie ;

— combaterea hemoragiei, prin aplicarea de pense hemostatice pe trunchiurile vasculare lezate, pansamente compresive, hemostatice pe cale generală ;

— combaterea șocului, prin administrarea de analgezice, sedative, transfuzii de sînge, plasmă sau înlocuitori, administrarea de hemisuccinat de hidrocortizon intravenos ;

— așezarea și transportul bolnavului în poziție Trendelenburg, pentru a diminua anemia cerebrală și a evita pătrunderea sîngelui în arborele respirator, la cei cu hemoragie abundentă.

Scanned with OKEN Scanner

În celelalte cazuri, transportul se va face în poziție semișezindă. O mențiune specială necesită următoarele aspecte clinice :

— **Plăgile gîtului** fără interesarea organelor viscerale. Acestea nu ridică probleme decît din punct de vedere al hemoragiei și consecințelor acesteia. După o hemostază prealabilă și măsuri de combatere a șocului, răniții vor fi transportați de urgență la un serviciu de specialitate pentru hemostaza definitivă și sutură.

— **Plăgi cervicale,** cu interesarea organelor faringo-laringo-traheo-esofagiene. Aceste organe pot fi deschise printr-o simplă secțiune la nivelul membranei crico-tiroidiene sau hio-tiroidiene, prin zdrobiri mari cu plăgi externe, însoțite de fracturi de cartilaje și efracții ale mucoasei, elemente ce le imprimă o gravitate mare prin hemoragie cu inundarea căilor respiratorii și stenozarea lumenului laringo-traheal prin fragmente de cartilaj, rupturi de corzi, corpi străini etc.

Simptome subiective : șoc grav, stare de subasfixie, hemoragie externă și endolaringiană, asociate cu disfonie, afonie, disfagie dureroasă, tuse cu expectorație sanguinolentă.

Examenul obiectiv ne înfățișează un bolnav în stare de șoc compensat sau decompensat, cianotic sau palid livid, prezentînd hemoragie abundentă și dificultate în respirație.

Palparea arată edem și tumefacția regiunii, senzație de crepitații gazoase datorită emfizemului subcutanat în efracțiile mucoasei, emfizem ce se poate extinde spre regiunea feței și torace mediastin, accentuînd insuficiența respiratorie.

Măsurile de urgență : aceleași ca la traumatismele gîtului în general și constau din : combaterea asfixiei, hemoragiei, șocului și transportul de urgență la spital.

— **Leziuni laringo-traheo-esofagiene închise** (contuzii, fracturi închise) fără interesarea tegumentelor.

Contuzia laringiană determină zdrobiri, echimoze, hematoame la nivelul laringelui fără leziuni tegumentare, dislocări sau fracturi ale scheletului laringian.

Simptome : durere vie sincopală, lipotimie, disfonie dureroasă pînă la afonie, tuse chintoasă, expectorație cu striuri sanguinolente, dispnee, ușoară disfagie.

Examenul obiectiv arată uneori o impăstare a regiunii, alteori sufuziuni tegumentare (în strangulare, sugrumări).

Măsuri de urgență : antialgice, deșocare, sedative, repaus vocal, antiflogistice local, hemisuccinat de hidrocortizon intravenos 50—70 mg.

Scanned with OKEN Scanner

Bolnavul va fi internat într-un serviciu de specialitate (urgența internării fiind determinată de gravitatea dispneii), unde va fi supravegheat și tratat în continuare.

Fracturile laringiene închise

Simptome subiective: stare de șoc cu o importantă componență nervoasă, durere violentă exagerată de mișcările gîtului, de respirație, fonație și deglutiție, dispnee în funcție de gradul de obstrucție al lumenului. În fracturile deschise spre interior cu efracția mucoasei, se întîlnește hemoragie endolaringiană, ce se poate manifesta prin tuse cu spută sanguinolentă, sau chiar hemoragie mai abundentă.

Examenul obiectiv ne arată la inspecție o tumefacție prelaringiană (hematom, edem, emfizem), marginea anterioară a cartilajului tiroid este deplasată. Palpația ne poate pune în evidență durere în punct fix, crepitații cartilaginoase și crepitații gazoase, date de emfizemul subcutanat în fracturile deschise spre interiorul laringelui, cu leziunea mucoasei laringiene.

Diagnosticul de urgență nu întîmpină dificultăți, avînd în vedere simptomele de mai sus și modul de producere al accidentului.

Măsurile de urgență: în cazurile ușoare, fără deplasare, se administrează antialgice, sedative, antiflogistice, repaus vocal și se internează, dar nu de extremă urgență, pentru supraveghere și tratament în continuare. În cazurile grave, cu deplasare și cu deschidere în lumenul laringian, pe care îl îngustează, este necesară menținerea respirației prin oxigenoterapie, iar în caz de nevoie traheotomie de urgență. Se combate șocul și bolnavul este transportat de urgență într-un serviciu de specialitate, unde se va continua tratamentul și se va reface laringele cît mai anatomic.

4. PLĂGILE BUCOFARINGIENE

Sînt leziuni produse prin corpi străini (fragmente de oase, ace, cuie etc.), ce ajung în faringe. La copii survin uneori prin cădere cu gura deschisă peste un obiect ascuțit (creion, fus de tors, andrea, trompetă etc.). Plăgile pot interesa pereții cavității bucale, limba, vălul palatului, pilierii amigdalieni, pereții faringelui și pot fi împunse, zdrobite, tăiate.

Simptome: durere vie sub formă de înțepătură, hemoragie, disfagie, sialoree.

Diagnostic pozitiv: este ușor, cunoscînd circumstanțele de producere și agentul vulnerant.

Scanned with OKEN Scanner

Măsuri de urgență: se va combate hemoragia prin administrare de hemostatice (Vit. K, Venostat, Adrenostazin, Calciu, Acid epsilonaminocaproic). Combaterea durerii prin administrare de Algocalmin intramuscular. Gargarisme cu apă oxigenată 12 volume, ceai de mușețel. Profilaxia antitetanică dacă este cazul. Păstrarea unei riguroase asepsii bucale. Plăgile benigne se vindecă prin aceste tratamente. Plăgile tăiate mai însemnate și cu hemoragie abundentă și persistentă se vor îndruma de urgență la serviciul de specialitate O.R.L. sau maxilo-facial, în vederea hemostazei și suturii.

5. ARSURILE BUCOFARINGO-ESOFAGIENE

Sînt leziuni produse prin agenți vulneranți fizici (lichide fierbinți, jet de vapori fierbinți) sau agenți vulneranți chimici (substanțe caustice acide sau bazice) și gaze toxice. Survin fie accidental, îndeosebi la copii mici, prin neglijența părinților care îi lasă nesupravegheați, în prezența substanțelor caustice (sodă caustică, acizi concentrați), sau din eroare, fie voluntar în scop de suicid.

Leziunile de arsură interesează, pe lîngă mucoasa bucală, faringiană, laringiană, și mucoasa esofagiană, determinînd esofagita postcaustică acută.

Simptome: în formele ușoare starea generală a bolnavului nu este alterată. Este un bolnav speriat, cu dureri la deglutiție, disfagie, hipersalivație, iar obiectiv mucoasa bucală, limba, mucoasa faringiană sînt hiperemiate, edematiate. În formele de gravitate medie, lezatul este agitat, anxios, cu ușoară stare de șoc, prezentînd durere bucofaringiană, sialoree, asociate de triada sindromului esofagian: disfagie, dureri retrosternale, regurgitare.

La examenul obiectiv, mucoasa bucofaringiană prezintă hiperemie, edem și ulcerații acoperite de false membrane. În formele grave, starea generală este profund alterată, cu stare de șoc grav, facies palid, puls filiform, temperatura 38°, dureri faringiene vii, dureri puternice retrosternale, cu iradiere interscapulo-vertebrală (caracteristice pentru periesofagită, mediastinită), vărsături sanguinolente, sau cu lambouri de mucoasă necrozată.

Examenul obiectiv: mucoasa bucofaringo-esofagiană este sîngerîndă și cu ulcerații întinse. În cazurile grave, cu edem laringian, se poate instala sindromul de insuficiență respiratorie acută, făcînd necesară traheotomia de urgență. Alteori se asociază cu complicații pulmonare, mediastinale grave, hematemeză, melenă, anurie, prăbușirea tensiunii arteriale, comă și exitus. Diagnosticul pozitiv este concludent, cu-

Scanned with OKEN Scanner

noscîndu-se circumstanţele, agentul vulnerant şi simptomatologia obiectivă şi subiectivă.

Măsuri de urgenţă. Este proscrisă spălătura gastrică cu tubul Faucché, pentru a evacua produsul toxic, deoarece prin acest procedeu se poate provoca o perforaţie de esofag. Neutralizarea toxicului este mai mult iluzorie. Trebuie efectuată imediat după ingerarea toxicului. În intoxicaţiile cu alcaline se va ingera soluţie de oţet 6‰, 500 ml, zeamă de lămîie. În intoxicaţiile cu acizi se va ingera lapte, apă albuminoasă (4 albuşuri bătute, la 500 ml apă), apă bicarbonată.

Medicul, chemat de urgenţă, va întocmi fişa cu datele precise: natura causticului (eventual recoltarea unui eşantion pentru analiză), cantitatea ingerată, concentraţia, momentul ingerării, circumstanţele (accidental, suicid, criminal). În funcţie de gravitatea cazului, se administrează, de urgenţă, analgezice (Mialgin, Algocalmin i.m.), Hemisuccinat de hidrocortizon i.v., asigurarea ventilaţiei pulmonare în cazurile de subasfixie, uneori chiar traheotomie de urgenţă, antibioterapie.

Medicul va trebui să organizeze transportul cazurilor grave în salvare bine echipată, cu posibilităţi de prim ajutor în cazurile la care survine starea de şoc sau insuficienţa respiratorie acută. După luarea măsurilor de urgenţă, va îndruma cazul la serviciul de reanimare, cel mai apropiat, sau la serviciul de interne, după gravitate.

6. ARSURILE LARINGO-TRAHEALE

Vaporii supraîncălziţi, gazele, fumul sînt des întîlniţi în etiologia arsurilor laringiene. Acestea sînt inhalate în cursul unor accidente (explozii — cazane cu aburi, explozii provocate de benzină, eter, alcool, incendii etc.).

Simptome: stare generală alterată, agitaţie, anxietate, puls rapid, tuse spasmodică întreruptă de spasme cu crize de sufocare, ce pot duce la asfixie, expectoraţie mucopurulentă cu striuri sanguinolente, afonie, dispnee cu cornaj şi tiraj. În formele foarte grave, bolnavul este în stare de şoc cu respiraţie superficială, puls filiform, T.A. prăbuşită, tuse surdă, expectoraţie mucopurulentă cu sfacele fetide, afonie. Uneori se poate instala asfixia, făcînd necesară traheotomia de urgenţă.

Diagnosticul pozitiv este uşor, pe baza datelor anamnestice şi pe simptomatologie.

Măsuri de urgenţă: scoaterea urgentă a accidentatului din mediul toxic; combaterea şocului prin administrarea de analgezice (Mialgin i.v., Algocalmin, Romergan i.m.); asigurarea ventilaţiei pulmonare prin

Scanned with OKEN Scanner

oxigenoterapie, oxigen sub presiune sau traheotomie de extremă urgență, în cazurile de asfixie ; combaterea edemului laringo-traheal prin administrarea de Hemisuccinat de hidrocortizon i.v. în doze de 50—75 mg ; repaus vocal ; antibioterapie pentru prevenirea infecției.

Toate cazurile necesită transport supravegheat de urgență într-un serviciu de reanimare sau într-un serviciu O.R.L. de specialitate.

7. CORPII STRĂINI NAZALI

Simptome. În cazurile recente se instalează un sindrom de obstrucție nazală unilaterală, însoțit de hidroree, strănut, lăcrimare.

În cazurile vechi apare infecția tradusă prin rinoree purulent sanguinolentă fetidă unilaterală, eczemă și ragade perinarinare. Diagnosticul este clar, dacă copilul declară introducerea corpului străin și dacă acesta este vizibil la narinoscopie. Diagnosticul este dificil cînd copilul ține sub tăcere acest lucru și corpul străin este inclavat mai profund.

Măsuri de urgență. Dacă corpul străin este situat anterior în fosa nazală și extragerea sa este ușoară (fragmente de hîrtie, burete, plastic), cazul se poate rezolva de orice cadru medical. În toate celelalte cazuri se recomandă un dezinfectant nazal și se îndrumă la serviciul O.R.L. Insistența de a extrage un corp străin nazal mai profund situat, cu suprafețe netede rotunde, determină inclavarea lui în treimea posterioară a fosei sau căderea lui în faringe, putînd fi astfel aspirat în laringe, trahee, cu ocazia unui inspir adînc în timpul plînsului.

8. CORPII STRĂINI AURICULARI

Se pot clasifica în corpi străini endogeni — dopul de cerumen și dopul epidermic — și corpi străini exogeni, care pot fi animați (vii) sau neanimați (inerți). Urgențe adevărate pot fi considerați doar **corpii străini exogeni** vii sau inerți care au produs leziuni ale conductului sau timpanului, fie în timpul introducerii lor, sau prin stagnarea îndelungată, sau în timpul unei manevre de extragere neadecvate.

Simptome : dacă nu este lezat conductul, simptomele sînt reduse la jenă, senzație de înfundare a urechii, hipoacuzie, acufene. În caz de leziune a conductului, apare otalgie. Diagnosticul este clar după anamneză și simptomatologia descrisă și se precizează prin otoscopie.

Măsuri de urgență. Dacă corpul străin este vizibil prin otoscopie și avem certitudinea că nu a produs leziuni ale timpanului și ale con-

Scanned with OKEN Scanner

ductului, poate fi rezolvat de către medicul generalist printr-o spălătură auriculară corect efectuată. Dacă nu se reușește, se recomandă a nu se insista cu alte mijloace (pense), care ar putea duce la traversarea timpanului și inclavarea în casă, cazul urmînd a fi trimis la serviciul O.R.L., din policlinică sau spital.

Corpii străini vii sînt formați din insecte mici : muște, fluturi, urechelnițe, viermi etc.

Simptomatologia subiectivă este alarmantă, tradusă prin zgomote auriculare insuportabile, uneori dureri, gîdilituri, amețeli, stare de agitație. Diagnosticul se pune pe baza simptomatologiei subiective și prin otoscopie, care evidențiază corpul străin.

Măsuri de urgență. Corpii străini vii vor fi transformați în corpi inerți, prin instilare de ulei de parafină în conduct sau ulei comestibil, sau prin aplicarea timp de 5—10 minute a unui tampon de vată îmbibat în eter. După aceasta, extragerea se va face, ca în cazul corpilor străini inerți, prin spălătură auriculară.

9. CORPII STRĂINI FARINGIENI

Sînt variați ca formă și mărime : ace, coajă de nucă, fragmente de oase, os de pește etc. Inclavarea lor se face mai frecvent la nivelul bucofaringelui și hipofaringelui, datorită anfractuozității regiunii (existența țesutului limfoid al amigdalelor palatine și linguale). Urgența acestor cazuri este generată de starea de anxietate a bolnavului și a aparținătorilor, de faptul că unii corpi străini, mai voluminoși inclavați în hipofaringe, pot comprima orificiul laringian determinînd insuficiența respiratorie, cît și de posibilitatea complicațiilor infecțioase (abcese perifaringiene).

Simptomatologie. Bolnavul este anxios, acuză durere la deglutiție, sialoree, iar în caz de corpi străini voluminoși disfagie, disfonie și tulburări respiratorii. Diagnosticul pozitiv este ușor și are la bază anamneza și evidențierea corpului străin, prin bucofaringoscopie și laringoscopie indirectă. În anumite cazuri (corpi străini ascunși în anfractuozități), diagnosticul nu poate fi stabilit de medicul generalist, și necesită trimiterea la examen de specialitate în policlinică sau spital.

Soluția cazului. În caz de corp străin vizibil în bucofaringe, se procedează la extragerea acestuia cu pense adecvate, recomandînd în continuare gargarisme cu ceai de mușețel, apă oxigenată, Rivanol.

Scanned with OKEN Scanner

Cazurile de corpi străini inclavați în hipofaringe, cu sau fără antrenarea tulburărilor respiratorii se vor îndruma de urgență în serviciul O.R.L., unde prin laringoscopie indirectă sau directoscopie se procedează la extragerea lor. Urgența trimiterii este imprimată de gravitatea tulburărilor respiratorii.

Corpii străini laringo-traheo-bronșici

Se pot întîlni la orice vîrstă, dar mai frecvent la copii, unde datorită particularităților anatomo-funcționale a căilor aeriene superioare (calibru mic, țesut conjunctiv lax bogat, reflectivitate mare) sînt de o gravitate deosebită. Variabilitatea lor este foarte mare, atît ca formă, mărime, cît și ca structură (bob de fasole, semințe de dovleac, sîmburi de nucă, bile, mărgele, cuie, ace etc.). Corpii străini se pot inclava la nivelul laringelui sau pot traversa bariera glotică, cu ocazia unui inspir profund (rîs, plîns, oftat), pătrunzînd în trahee, unde pot rămîne mobili, sau se inclavează în una din bronhiile principale, mai frecvent în dreapta.

10. CORPII STRĂINI LARINGIENI

Frecvența lor este mai redusă în raport cu corpii străini traheobronșici. La nivelul laringelui se inclavează de obicei corpii străini rugoși (coaja de nucă, ace, fragmente de oase, fragmente de sîrmă). Ei se pot fixa în vestibulul laringian sau în regiunea subglotică.

Medicului chemat de urgență i se poate relata, de către aparținători sau de bolnav, momentul aspirației corpului străin, anamneza fiind de o importanță covîrșitoare. Alteori, cînd copilul nu este supravegheat, momentul acesta scapă sau este ascuns de aparținători de frica răspunderii, fapt ce îngreunează diagnosticul.

Simptomatologie : debut brusc, în plină sănătate cu criză de sufocare, cianoză, dispnee inspiratorie, bradipnee, însoțită de tiraj, cornaj, tuse spasmodică, agitație. Această fază dramatică durează de la cîteva minute la 1/2 oră, după care fenomenele se ameliorează, laringele tolerînd într-o oarecare măsură corpul străin. Uneori tabloul clinic poate fi cunoscut numai în această fază de acalmie relativă, cînd bolnavul prezintă o insuficiență respiratorie mai ușoară de tip inspirator, cu tiraj, cornaj, tuse spasmodică intermitentă și disfonie.

Diagnosticul este clar atunci cînd anamneza este concludentă și ne este relatat momentul aspirației și natura corpului străin. Diagnosticul este numai prezumtiv atunci cînd acest moment lipsește. În aceste cazuri trebuie făcut un diagnostic diferențial, cu următoarele stări patologice — la copil : 1) laringospasmul ; 2) laringita acută subglotică (pseudocrupul) ; 3) laringo-traheo-bronșita serofibrinoasă ; 4) crupul difteric ;

5) astmul bronşic în criză; 6) stridorul laringian congenital; — la adulţi: 1) ictusul laringian; 2) diplegia recurenţială sau sindromul Gerhardt.

Cînd avem suspiciunea unui corp străin laringian, este obligatorie internarea de urgenţă într-un serviciu de specialitate, unde prin examen radiologic şi directoscopie se precizează diagnosticul şi se efectuează extragerea corpului străin, singurul tratament în aceste cazuri.

În funcţie de gravitatea insuficienţei respiratorii, se vor lua următoarele măsuri: 1) oxigenoterapie sub presiune; 2) traheotomie de urgenţă, în caz de pericol de asfixie; 3) evitarea oricărei manevre brutale empirice de extragere a corpului străin ce poate declanşa leziuni şi spasme laringiene.

11. CORPII STRĂINI TRAHEO-BRONŞICI

Variabilitatea şi frecvenţa corpilor străini traheo-bronşici este mai mare decît a celor laringieni. Incidenţa lor este crescută la copii, la care tabloul clinic este mai dramatic. O gravitate deosebită este dată de corpii străini vegetali, higroscopici (bob de fasole etc.), care îşi măresc treptat volumul, ducînd la obstrucţia completă a bronşiei, sau de cei iritanţi pentru mucoasa bronşică prin uleiurile pe care le elimină (sîmbure de nucă, arahidă).

Circumstanţele episodului de aspiraţie sînt aceleaşi ca la corpii străini laringieni. Odată aspirat în trahee, corpul străin poate rămîne mobil sau se inclavează în una din bronşii, mai ales în dreapta. Debutul este brusc, în plină sănătate în împrejurările cunoscute sau nu de anturaj, sau de bolnav, prin următoarele simptome: dispnee inspiratorie cu tiraj, cornaj, cianoză, tuse spasmodică, durere retrosternală, agitaţie, voce păstrată.

Dacă corpul străin este mare şi obstruează complet lumenul traheal, poate produce moartea prin asfixie. Dacă corpul străin este mai mic, apare faza de toleranţă în care dispneea şi tusea nu cedează complet, dar bolnavul se linişteşte prezentînd crize paroxistice, în funcţie de mobilizarea corpului străin. Examenul obiectiv, în cazul corpului străin traheal, ne arată un bolnav agitat, cianotic, dispneic, cu tiraj, iar auscultatoric se poate percepe un zgomot de clapă sau drapel.

În cazul corpilor străini inclavaţi în bronşie, bolnavul prezintă o dispnee continuă, dar de mai mică intensitate, tuse, la început seacă, apoi mucopurulentă sau sanguinolentă. Bolnavul nu prezintă tiraj, iar cornajul este înlocuit printr-o respiraţie şuierătoare. La examenul obiectiv al aparatului respirator putem întîlni ampliaţii toracice mai reduse

Scanned with OKEN Scanner

de partea respectivă și sindromul de atelectazie pulmonară, cînd bronhia este complet obstruată (submatitate, abolirea murmurului vezicular), sau semne de emfizem pulmonar de aceeași parte în cazul corpului străin în supapă.

Diagnosticul pozitiv este ușor de făcut cînd se cunoaște momentul precis al aspirației și natura corpului străin. În caz de anamneză incertă, diagnosticul este numai prezumtiv și necesită o serie de investigații suplimentare într-un serviciu de specialitate (examen radiologic și traheobronhoscopie).

Diagnosticul diferențial se stabilește cu toate afecțiunile arătate la corpii străini laringieni, iar în cazul corpilor străini inclavați în bronșie diagnosticul diferențial se stabilește cu : bronhopneumonia, tusea convulsivă, pneumopatia acută, pneumotoraxul spontan, pleurezia, embolia pulmonară, edemul pulmonar acut. Diagnosticul la unele din aceste cazuri este dificil, deoarece un corp străin ignorat se poate complica cu una din aceste afecțiuni (pneumonie, bronhopneumonie, pneumotorax, supurații pulmonare).

Măsuri de urgență. În orice suspiciune a unui corp străin traheobronșic, bolnavul va fi trimis de urgență într-un serviciu de specialitate pentru rezolvare prin extragerea corpului străin. Pînă la internare sînt necesare următoarele măsuri : 1) administrarea de oxigen sub presiune în cazurile de subasfixie ; 2) traheotomie de urgență în caz de asfixie ; 3) anunțarea telefonică a serviciului specializat, avîndu-se în vedere că rezolvarea se efectuează de o echipă instruită în acest sens ; 4) transportarea bolnavului în așa fel ca să se evite mișcările bruște ce pot duce la mobilizarea corpului străin în inclavarea subglotică și asfixie.

12. CORPII STRAINI ESOFAGIENI

Se prezintă sub o mare varietate de formă, structură, mărime, origine. Mai frecvenți la copii decît la adulți, se pot fixa pe un esofag integru anatomo-funcțional, sau pe un esofag cu sechele stenozante postcaustice, spastic sau neoplazic. Urgența acestor accidente este imprimată de posibilitatea complicațiilor grave (esofagite, abcese esofagiene, periesofagite, perforații mediastinite).

Simptome. Medicului i se relatează faza inițială de fixare a corpului străin, exprimată printr-un sindrom esofagian : durere puternică, însoțită de spaimă, jenă retrosternală, uneori interscapulară, disfagie, hipersalivație, regurgitare, asociate sau nu de dispnee în localizările înalte ce comprimă laringele. După aceasta, simptomele subiective se atenuează și manifestările sînt pur mecanice, disfagice. După un interval, în

Scanned with OKEN Scanner

funcție de toleranța esofagului față de corpul străin, apar complicații grave.

Diagnosticul pozitiv este evident cînd avem o anamneză clară. Pentru precizare, examenul radiologic simplu, în cazul corpilor străini radioopaci, sau cel cu substanță de contrast, în cazul celor radiotransparenți, va preciza sediul și mărimea corpului străin.

Diagnosticul diferențial trebuie stabilit cu : 1) stenozele esofagiene postcaustice strînse în care disfagia se instalează treptat ; 2) spasmele esofagiene ; 3) neoplasmul esofagian la care disfagia este progresivă ; 4) parestezii faringiene ; 5) diverticulul esofagian.

Soluția cazului. Indiferent dacă diagnosticul este clar sau numai prezumtiv, bolnavul va fi îndrumat la specialist cît mai urgent pentru precizarea diagnosticului și extragerea corpului străin prin esofagoscopie.

Măsuri de urgență : suprimarea alimentației pe cale naturală, cu punerea esofagului în repaus ; administrarea de antispastice și calmante ; perfuzii cu glucoză 5% în cazurile de deshidratare. Sînt proscrise procedeele oarbe de extragere sau de împingere a corpului străin în stomac, provocare de vomă, ingerare de miez de pîine, deoarece acestea pot determina grave leziuni ale esofagului.

13. INSUFICIENȚA RESPIRATORIE ACUTĂ PRIN OBSTRUCȚIA CĂILOR RESPIRATORII SUPERIOARE

Fiind solicitat de urgență, medicul este întîmpinat de următorul tablou clinic : bolnav cu marcată lipsă de aer, cu facies anxios, gura deschisă, bătăi ale aripilor nasului, ochi strălucitori, mușchii gîtului contractați, reliefați, tegumente cianotice, puls rapid, tensiunea arterială ridicată.

Simptomul dominant este dispneea, ce determină bolnavul să ia o poziție șezîndă, cu capul în hiperextensie în obstacolele supralaringiene și laringiene sau cu capul în flexie cînd obstacolul este traheal. Această dispnee este inspiratorie, bradipneică, însoțită de cornaj și tiraj. Aceste tulburări pot apărea la subiecți în plină sănătate, sau să fie precedate de anumite stări patologice anterioare, cunoscute de bolnavi sau aparținători, ca de exemplu : procese inflamatorii acute sau cronice ale căilor respiratorii, procese tumorale benigne sau maligne, tulburări nervoase, traumatisme sau sechele ale acestora etc. Tipul de debut poate fi acut sau, uneori, pe fondul unei insuficiențe respiratorii progresive se instalează insuficiența respiratorie acută.

În fața unui sindrom de insuficiență respiratorie acută prin obstrucția căilor aeriene superioare, raționamentul medical și atitudinea tera-

Scanned with OKEN Scanner

peutică trebuie bine codificate şi urgent efectuate. Medicul trebuie să analizeze rapid : gravitatea tulburărilor ; localizarea obstacolului ; cauza determinantă ; aplicarea măsurilor corespunzătoare la caz.

Pe lîngă ansamblul tulburărilor comune, care fac evident tabloul clinic al insuficienţei respiratorii acute, se întîlnesc o serie de simptome caracteristice ce ne orientează către un diagnostic de localizare. În obstacolele supralaringiene, bolnavul are o poziţie ortopneică, prezentînd dispnee inspiratorie, bradipneică cu tiraj, fără disfonie şi cornaj.

În obstacolele laringiene, bolnavul are o poziţie ortopneică, cu dispnee inspiratorie bradipneică cu tiraj, dar sînt prezente disfonia şi cornajul.

În obstacolul traheal, capul bolnavului este flectat, dispneea este polipneică de tip inspirator şi expirator, tirajul este mai evident la baza toracelui şi epigastru, vocea este clară, tuse lătrătoare, cornajul este perceput la sfîrşitul inspiraţiei şi începutul expiraţiei.

În obstrucţia bronşică, vocea este nemodificată, dispneea mai moderată, existînd tuse spasmodică ; cornajul este înlocuit printr-un şuierat astmatiform.

În insuficienţa respiratorie acută, în cadrul unor afecţiuni bronhopulmonare (emfizem, atelectazie, pneumotorax, edem pulmonar acut), dispneea este inspiratorie, polipneică fără tiraj, cornaj, existînd tuse cu expectoraţie.

Toate aceste semne clinice, coroborate cu datele anamnestice ne orientează către un diagnostic de sediu, care va fi ulterior precizat la serviciu de specialitate O.R.L., sau bronhologie prin aportul examenului radiologic şi endoscopic.

Stabilirea diagnosticului etiologic : în privinţa etiologiei sindromului de insuficienţă respiratorie acută, unele afecţiuni sînt specifice atît copilului şi adultului, pe cînd altele sînt specifice numai sugarului, copilului sau adultului.

1. Cauze întîlnite la copil şi adult

— Corpii străini hipofaringieni, laringieni şi traheobronşici.

— Inflamaţiile supurative grave ale bucofaringelui şi hipofaringelui, asociate de edem la nivelul laringelui (flegmoane peritonsilare, flegmoane laterofaringiene, flegmoane retrofaringiene, flegmoane septice ale planşeului bucal).

— Inflamaţiile acute ale laringelui : laringitele edematoase, laringită hemoragică gripală, cu cruste hemoragice pe corzi şi în orificiul glotic, abces al epiglotei, pericondritele laringelui, în evoluţia lor pot declanşa sindromul de insuficienţă respiratorie acută.

— Tumorile benigne laringo-traheale. Dintre acestea, papilomatoza laringo-traheală difuză a copilului, afecţiune cu o evoluţie îndelungată,

Scanned with OKEN Scanner

manifestată prin disfonie la început, ca apoi, pe măsură ce masele tumorale papilomatoase acoperă vestibulul laringian și spațiul glotic, să se instaleze insuficiența respiratorie progresivă. Pe acest fond, unii factorii inflamatori supraadăugați sau spasme laringiene pot determina instalarea crizei brutale de insuficiență respiratorie acută. Acest fapt se întîmplă de obicei la copii neglijați. Papilomatoza laringiană difuză a copilului impune în multe cazuri traheotomia de urgență.

Diagnosticul este precizat de către medicul laringolog prin directoscopie sau laringoscopie indirectă.

— Chistele endolaringiene, prin dezvoltarea lor și prin spasmele laringiene ce le determină, pot declanșa insuficiența respiratorie acută.

— Condroamele laringelui, tumorile benigne, care se dezvoltă cel mai frecvent în regiunea subglotică (pecetea cricoidului), dau tulburări dispneice ce pot fi tratate mult timp ca și crize astmatiforme. Numai examenul laringoscopic și directoscopic sînt în măsură de a preciza diagnosticul.

Traumatismele laringo-traheale pot antrena starea de insuficiență respiratorie acută, uneori foarte severă, în funcție de gravitatea leziunilor. În aceste cazuri, circumstanțele anamnestice sînt edificatoare.

— Spasmele laringelui, provocate printr-o excitație reflexă senzitivă (tumori, corpi străini, chiste, manevre endoscopice endolaringiene etc.) și edemele laringo-traheale de origine alergică (alimente, medicamente, înțepături de albină), edemul angioneurotic Quincke, pot determina obstrucții respiratorii importante.

2. **Afecțiuni specifice sugarului:** — Stridorul laringian congenital; — Laringospasmul esențial ; — Adenoflegmonul retrofaringian al sugarului ; — Laringita acută subglotică ; — Laringo-traheobronșita serofibrinoasă.

3. **Afecțiuni specifice copilului.** Pe lîngă crupul difteric, afecțiune pe cale de dispariție, două entități clinice domină această perioadă : laringita acută subglotică și laringo-traheobronșita serofibrinoasă dispneizantă. Aceste entități constituie urgențe deosebite în patologia infantilă.

— **Laringita acută subglotică.** Survine după rujeolă, gripă, alte viroze respiratorii, debutînd brusc, de obicei nocturn, la un copil aparent sănătos. Copilul se trezește din somn, agitat prezentînd accese de sufocare, dispnee inspiratorie cu cornaj și tiraj. Vocea este conservată, dar prezintă caracteristic o tuse lătrătoare. Copilul este subfebril, cu facies vultuos. Criza dispneică se poate ameliora și copilul se liniștește și adoarme. Alteori crizele se repetă, se accentuează, copilul devine cianotic, cu sete de aer imperioasă, cornajul și tirajul foarte

Scanned with OKEN Scanner

marcat, anoxie accentuată, stop cardiorespirator şi exitus. Aparţinătorii sînt alarmaţi şi solicită consultul medical de urgenţă.

Diagnosticul prezumtiv este relativ uşor pe baza acestor semne de debut, dar leziunea care generează obstrucţia căilor respiratorii, respectiv edemul subglotic al ţesutului conjunctiv lax din această regiune este decelat doar prin ajutorul directoscopiei. În această afecţiune, ca prim gest terapeutic, de mare urgenţă este administrarea de Hemisuccinat de hidrocortizon i.v. 50—75 mg, care reduce edemul subglotic constituind o adevărată „traheotomie albă".

Laringo-traheobronşita serofibrinoasă dispneizantă. Afecţiune extrem de gravă, survenită după viroze, cauzată de mixovirusuri. Copilul prezintă o stare generală profund alterată, facies pămîntiu, dispnee intensă, stare de intoxicaţie gravă. Mucoasa întregului arbore respirator este edematiată, acoperită de depozite serofibrinoase vîscoase aderente, care formează depuneri ce obstruează bronhiolele. În organele de importanţă vitală se produc microhemoragii. Exitusul se poate produce prin asfixie în cadrul unei toxi-infecţii generale. Cazurile necesită internare în servicii de reanimare sau de otopediatrie.

4. Afecţiuni specifice numai adultului

Tumorile laringiene benigne (papilom, polip gigant, condrom laringian), ca şi tumorile laringiene maligne (epitelioame sau sarcoame) ajung uneori la insuficienţa respiratorie acută.

Diplegia recurenţială cu paralizia abductorilor (dilatatorilor glotei), sindromul Gerhardt, ce se instalează după intervenţii pe tiroidă, cancer tiroidian, traumatisme, plăgi cervicale, tumori mediastinale, nevrite toxice, lues, tabes, antrenează instalarea brutală a crizei de insuficienţă respiratorie acută. În acest sindrom, dispneea este inspiratorie cu cornaj şi tiraj, vocea fiind conservată.

Măsuri de urgenţă. Indiferent de vîrstă, de etiologie, de sediu în orice insuficienţă respiratorie acută gravă, prin obstrucţia căilor respiratorii superioare, trebuie luate, în ordine, următoarele măsuri: asigurarea ventilaţiei pulmonare; reechilibrarea cardiorespiratorie; tratamentul etiologic.

Asigurarea ventilaţiei pulmonare se va face prin mai multe procedee, în funcţie de gravitate, de etiologie şi de posibilităţile tehnice:

a) eliberarea hipofaringelui de limba ptozată se face fie luxînd anterior mandibula, capul bolnavului fiind menţinut în hiperextensiune, fie tracţionînd limba cu o pensă sau printr-un fir gros de mătase trecut prin vîrful ei în formă de U;

b) aspirarea secreţiilor hipofaringiene sau laringiene;

Scanned with OKEN Scanner

c) oxigenoterapie sub presiune, astfel, pe lîngă obstacolul laringian sau traheal, permiţîndu-se trecerea unei cantităţi reduse de O ;

d) perforarea membranei cricotiroidiene cu un trocar gros, pentru a se putea asigura respiraţia pînă la efectuarea traheotomiei de urgenţă, în obstacolele glotice şi supraglotice ;

e) incizia membranei cricotiroidiene şi introducerea în această incizie a unui depărtător sau o canulă provizorie, pînă la efectuarea traheotomiei în condiţii mai optime ;

f) traheotomia de extremă urgenţă în cazuri de asfixie.

În unele cazuri, unde atît edemul laringian, cît şi cauza acestuia sînt evidente (laringite subglotice la copil, anafilaxie etc.), se va administra i.v. în doze de 25—50 mg Hemisuccinat de hidrocortizon. După acordarea acestor măsuri de extremă urgenţă, cazurile se vor transporta la serviciile de specialitate O.R.L., bronhologie, reanimare, unde se va stabili diagnosticul de certitudine şi se vor aplica în continuare măsurile terapeutice specializate după etiologie. Pe timpul transportului se va supraveghea atent respiraţia şi starea bolnavului. Ca o măsură de urgenţă, şi în acelaşi timp deontologică, se impune ca în cazurile grave să se alerteze telefonic serviciul specializat respectiv unde este transportat bolnavul, pentru ca acesta să poată lua măsurile necesare unei intervenţii de urgenţă (aparatură, echipe specializate etc.).

14. **HEMORAGIA NAZALĂ** (EPISTAXISUL)

Această hemoragie solicită o atitudine de urgenţă imprimată mai întîi de abundenţă şi apoi de cauză. În practică se întîlnesc cazuri de sîngerări benigne, care uneori se pot opri spontan, sau cazuri de sîngerări grave, antrenînd tulburări fiziopatologice profunde ce pericliteză viaţa bolnavului.

Epistaxisul benign apare consecutiv unui traumatism minor (grataj digital), tusei, strănutului, premenstrual, sau după boli virotice etc.

Simptome. Bolnavul este agitat, speriat, prezentînd hemoragie deobicei unilaterală.

Examenul obiectiv. După evacuarea cheagurilor din fosa nazală prin suflarea nasului, se poate vedea, printr-o simplă narinoscopie, locul sîngerării, care este cel mai frecvent la nivelul petei vasculare Kiesselbach.

Epistaxisul grav este acela manifestat printr-o hemoragie abundentă sau incoercibilă. Simptome : consultul ne pune în faţă un bolnav mînjit cu sînge, pe faţă, mîini şi lenjerie, prezentînd o hemoragie nazală abundentă uni sau bilaterală, făcînd încercări, împreună cu aparţinătorii, de a opri această hemoragie. Datorită scurgerii posterioare spre faringe, o

Scanned with OKEN Scanner

parte din sînge este eliminat pe gură, iar cel înghiţit este eliminat periodic prin vărsături. Atît bolnavul, cît şi aparţinătorii prezintă o marcată stare de anxietate.

Unii bolnavi sînt pletorici, supraponderali cu facies normal colorat, alţii, care au pierdut mult sînge, sînt palizi, apatici, susţinuţi de aparţinători într-o stare prelipotimică, datorită anemiei secundare. Bolnavul prezintă un puls accelerat, uneori dur (arterio-sclerotici-hipertensivi). Tensiunea arterială poate fi ridicată la hipertensivi, normală sau scăzută în raport cu T.A. anterioară.

Diagnostic etiologic. De obicei epistaxisul, a cărui gravitate se datoreşte abundenţei, este generat de : 1) hipertensiunea arterială ; 2) traumatismul forte al piramidei nazale. Epistaxisul hipertensivilor apare de obicei postprandial, după efort, sau noaptea cînd T.A. este mai ridicată. Epistaxisul grav, prin incoercibilitate şi repetare, este cauzat de : 1) tulburări de crază sanguină din bolile de sînge (hemofilie, trombocitopenie, leucoze), din insuficienţă hepatică (ciroza, insuficienţa hepatică acută gravă), după tratamente cu anticoagulante ; 2) angiomatoză hemoragică familiară Rendu-Osler ; 3) afecţiuni cardiorenale ; 4) tumorile nazale şi nasofaringiene benigne (fibrom nasofaringian) şi maligne. Diagnosticul etiologic nu are o importanţă prea mare în faţa unui epistaxis. În primul rînd se impune tratamentul de urgenţă : oprirea hemoragiei. Toate examenele complimentare clinice şi paraclinice se vor efectua după oprirea pierderilor de sînge, în servicii specializate.

Măsuri de urgenţă. În primul rînd se va linişti bolnavul şi anturajul. Se eliberează fosele nazale de cheaguri prin suflarea succesivă a foselor nazale. Aceasta se execută în poziţie şezîndă, cu capul flectat pe o tăviţă renală. Se va observa imediat din care fosă nazală se scurge sîngele şi importanţa pierderilor de sînge. În cea mai mare parte, sîngerarea provine de la nivelul petei vasculare din regiunea antero-inferioară a septului nazal. Cu o lumină improvizată şi printr-o simplă narinoscopie (ridicarea lobului nazal) se poate vedea vasul care sîngerează. Recunoaşterea locului hemoragiei şi abundenţa ei rezolvă şi alegerea atitudinii de urgenţă. În sîngerări minore, simpla compresiune digitală pe nara respectivă lipind-o de sept, timp de 10 minute, poate să fie eficace ; aceasta se face după ce am introdus tampoane narinare îmbibate cu soluţii hemostatice (Trombină, sol. antipirină 10%, apă oxigenată, alcool rectificat, soluţie oţet etc.), peliculă de fibrină, gelaspon.

Dacă totuşi hemoragia continuă, se introduce cu presiune — cu ajutorul unei pense — un tampon de vată sau comprese sterile, lubrefiate în oleu de parafină, oleu gomenolat, sau unguent tetraciclină. Se vor administra hemostatice generale, Vit. K, Calciu, Venostat, Adrenostazin pe cale parenterală.

Scanned with OKEN Scanner

Epistaxisuri mai importante, care provin din trunchiuri vasculare în afara petei vasculare, necesită un tampon anterior al întregii fose nazale cu o meşă vaselinată. Dacă hemoragia nu este stăpînită nici cu acest tamponament, atunci este indicat tamponamentul posterior, care blochează prin tampon şi coana fosei nazale respective. Tamponarea unei fose nazale implică obligatoriu asocierea antibioterapiei de protecţie, în scopul prevenirii unor complicaţii infecţioase sinusale (tampoanele îmbibate cu sînge din fosele nazale fiind mediu de cultură propice pentru dezvoltarea unor germeni patogeni).

Internarea bolnavului este indicată pentru epistaxisurile masive, repetate care necesită tamponament anterior sau posterior, supravegherea evoluţiei şi precizarea diagnosticului etiologic. Bolnavul va fi transportat în poziţie semişezîndă, sau culcat în decubit lateral cu capul decliv în cazurile de colaps.

15. HEMORAGIA AURICULARĂ (OTORAGIA)

Ne vom limita la hemoragiile care se manifestă pe calea unuia din conductele auditive externe.

Interogatorul precizează două elemente importante pentru diagnostic : 1) existenţa sau nu a unui traumatism asupra urechii sau a craniului, urmat de otoragie ; 2) apariţia otoragiei în cursul unui proces inflamator otic.

Măsuri de urgenţă : păstrarea unei riguroase asepsii, la nivelul conductului auditiv extern. Se aplică o triunghiulară sterilă, se evită instilaţiile auriculare. Cazurile se îndrumă la neurochirurgie sau la serviciul O.R.L.

Otoragiile grave, care prin caracterul şi abundenţa lor pot fi fatale, din fericire, sînt extrem de rare. Ele pot surveni într-o tumoră glomică sau într-un anevrism de carotidă, sau erodări ale carotidei interne, în această regiune, prin tumori maligne. Acestea din urmă sînt cataclismice, impresionante, de obicei deasupra resurselor terapeutice. Ca măsuri de urgenţă, în aceste cazuri, se face un meşaj strîns al conductului şi se îndrumă de urgenţă la serviciul de reanimare.

16. HEMORAGIA FARINGIANĂ

Aceste hemoragii pot surveni după traumatisme faringiene, după intervenţii chirurgicale (adeno-amigdalectomii, biopsii, drenajul flegmonului periamigdalian etc.). Uneori se constată hemoragii spontane pu-

Scanned with OKEN Scanner

ţin abundente, repetate, ce necesită investigare, ridicînd probleme de diagnostic diferenţial cu hematemeză, hemoptizie. Urgenţa propriu-zisă ce solicită ajutorul medicului din teren este hemoragia survenită tardiv a 6—8-a zi după operaţia de amigdalectomie şi adenectomie, ocazionată de eliminarea escarelor din plaga operatorie, cînd operatul se află la domiciliu. Medicul se află în faţa unui bolnav ai cărui aparţinători îi relatează că a fost operat în urmă cu cîteva zile şi în evoluţie postoperatorie favorabilă prezintă brusc sîngerare din faringe, fiind agitat, anxios, palid. Periodic elimină prin vomismente sînge digerat. Diagnosticul este uşor bazat pe anamneză.

Măsuri de urgenţă. După aplicarea unor hemostatice parenterale (Vit. K, Venostat, Adrenostazin, EAC), se transportă bolnavul de urgenţă la serviciul O.R.L.

— Hemoragii grave faringiene, uneori în afara resurselor terapeutice, pot fi produse prin erodarea vaselor mari în procesele neoplazice extinse, sau în procese inflamatorii supurative neglijate. De asemenea în anevrisme carotidiene cu dezvoltare faringiană.

— Hemoragiile faringiene spontane puţin abundente pot fi întîlnite în anginele din cadrul sindroamelor hematologice (leucoze, agranulocitoză).

— Hemoragiile din angiomatoza familială Rendu-Osler cu localizare faringiană, care se produc prin ruperea ectaziilor cu ocazia alimentaţiei, efortului de tuse.

— Hemoragiile produse prin ruperea varicozităţilor de la baza limbii produc deseori confuzii cu hematemeza, hemoptizia.

— Tumorile benigne, ca fibromul nazofaringian, produc hemoragii repetate, uneori abundente.

— Tumorile maligne de rinofaringe produc hemoragii minime repetate.

Toate aceste cazuri se vor trimite de urgenţă în funcţie de gravitate, la serviciul O.R.L. în vederea stabilirii diagnosticului etiologic, diagnosticului de localizare şi aplicării tratamentului corespunzător.

17. INFECŢII-SUPURAŢII NASO-SINUSALE

1. **Furunculul nasului.** Este o infecţie, cel mai frecvent stafilococică a aparatului pilosebaceu endovestibular. Bolnavul acuză dureri intense la nivelul nasului, cu senzaţia de tensiune în jumătatea respectivă a feţei, uneori cefalee intensă. Obiectiv se observă o tumefacţie roşie dureroasă a aripii nazale, sau vîrful nasului, cel mai mic contact

fiind insuportabil. Uneori se însoţeşte de limfangită şi adenopatie submaxilară. Examenul endonazal arată o tumefacţie roşie la început, apoi cu caracter purulent. Poate apărea febră (38—39°), frison cu alterarea stării generale. Diagnosticul este relativ uşor pe baza semnelor sus amintite. Diagnosticul diferenţial se stabileşte cu erizipelul nasului, aspectul acestuia fiind caracteristic (placă roşie cu margini proeminente).

Din cauza unor grave complicaţii posibile (tromboflebită de sinus cavernos cu septicopioemie), se impune o terapie de urgenţă, bolnavul va fi internat într-un serviciu de specialitate. Se vor administra masiv antibiotice, comprese cu alcool, se vor evita manevrele brutale, incizii, stoarcere.

2. **Abcesul septului nazal** reprezintă o colecţie purulentă între scheletul septal şi pericondru. De obicei apare după un traumatism (un hematom infectat), după o infecţie de vecinătate (cutanată, dentară, rinosinuzală) sau metastatic (după gripă, rujeolă, scarlatină, tbc). Subiectiv, bolnavul acuză obstrucţie nazală, durere localizată la nas, cu caracter pulsativ, uneori febră, frison. La examenul obiectiv observăm un edem al nasului, al buzei superioare şi al obrazului ; narinoscopia pune în evidenţă o tumefacţie uni sau bilaterală, roşie-violacee, fluctuentă, ce obstruează parţial sau total fosele nazale. Diagnosticul este uşor de pus pe baza simptomelor subiective şi obiective. O puncţie exploratorie, cu un ac mai gros, va confirma diagnosticul. Tratamentul este chirurgical, ceea ce impune internarea într-un serviciu de specialitate pentru incizie, drenaj, antibioterapie.

3. **Rinosinuzitele acute.** Inflamaţii acute ale mucoasei sinusurilor paranazale. Debutează cu cefalee, senzaţie de tensiune, de plenitudine intranazală, perinazală, frontoorbitară. Bolnavul prezintă dureri spontane cu localizare, în funcţie de sinusul afectat, în zona medio-facială, nazogenio-orbitară sau maxilară. În sinuzitele maxilare intensitatea maximă este suborbitară, în cea frontală durerea este supraorbitară, în sinuzita etmoidală intraorbitară, iar în sinuzita sfenoidală retroorbitară sau occipitală. Uneori durerea are caracter de hemicranie, este continuă sau poate avea caracter de periodicitate, îmbrăcînd adesea forma de criză dureroasă, însoţită de fotofobie, insomnie, febră. Bolnavul prezintă obstrucţie nazală, la început bilaterală apoi unilaterală, cu caracter intermitent, favorizate de clinostatism. Prezintă o rinoree abundentă la început, seromucoasă, apoi purulentă gălbuie, de obicei unilaterală. Mirosul este scăzut, uneori cacosmie, mai cu seamă în sinuzitele de origine dentară.

La examenul obiectiv, la inspecţie, se poate constata un edem uşor al tegumentelor la nivelul şanţului nazogenian, regiunea nazo-orbitară

Scanned with OKEN Scanner

sau frontală (pleoape superioare), o congestie difuză a conjunctivelor de partea bolnavă. La palparea punctelor sinuzale (supraorbitar, suborbitar, intraorbitar, fosa canină) bolnavul acuză durere la nivelul sinusului afectat.

Pentru precizarea diagnosticului de localizare a sinuzitei se impune un examen radiologic. Puncția sinusului maxilar, efectuată într-un serviciu de specialitate, va confirma o sinuzită supurată maxilară. Pentru medicul practician, înarmat cu noțiunile practice minime de O.R.L., diagnosticul nu este dificil. Durerile caracteristice, descrise mai sus, scurgerea de puroi din fosele nazale, de obicei unilaterală, rinoscopia anterioară și dacă este posibil radiografia sinusurilor, vor elucida diagnosticul.

Tratamentul de urgență este medical, avînd ca scop restabilirea permeabilității foselor nazale, drenajul și aerația sinusurilor. Se administrează instilații sau pulverizații cu substanțe vasoconstrictoare (Efedrină 3%, Rinofug, Fedrocainã), de 2—3 ori pe zi, inhalații cu inhalant, sau alcool mentolat 3% (o linguriță la 1/2—1 litru apă fierbinte), căldură locală (comprese calde, solux, ultrascurte), analgezice, antibiotice. Se recomandă ca bolnavul să fie îndrumat la specialist, pentru eventuală puncție.

Complicațiile sinuzitelor:

a) Complicații orbito-oculopalpebrale — mai frecvent celulită fluxionară (edem palpebral sau în unghiul intern al orbitei) ; celulita flegmonoasă a orbitei, cu alterarea stării, generale, edem palpebral, chemozis, exoftalmie nereductibilă, limitarea sau abolirea mișcărilor globilor oculari.

b) complicații osteocraniene (osteomielită cu localizare frontală).

c) Complicații endocraniene (abces extradural, meningită, abces cerebral).

d) Complicații venoase (tromboflebite de sinus cavernos, cu febră septică, cefalee, edem palpebral, chemozis, exoftalmie, imobilitatea globilor oculari, septicopioemie). În caz de complicații, internarea de urgență într-un serviciu de specialitate (O.R.L. — Neurochirurgie).

18. SUPURAȚII ACUTE FARINGIENE ȘI PERIFARINGIENE

Flegmonul periamigdalian. Se dezvoltă în țesutul celular lax ce separă capsula amigdaliană de peretele faringian. Debutează întotdeauna printr-o anginã acută cu stare generală alterată, febră, dureri la deglutiție de partea unde se dezvoltă flegmonul, cu otalgie re-

Scanned with OKEN Scanner

flexă, sialoree. Disfagia este intensă, atît pentru salivă, cît şi pentru alimente. Uneori bolnavul prezintă senzaţie de sufocare prin edemul reacţional laringian.

Examenul obiectiv evidenţiază : trismus, halenă fetidă, salivaţie abundentă, voce groasă amigdaliană. La bucofaringoscopie observăm o tumefacţie roşie a regiunii amigdaliene afectate (de obicei unilateral, excepţional bilateral). Această bombare, prin edem al regiunii, determină o asimetrie a istmului bucofaringian. Diagnosticul pozitiv se bazează pe existenţa procesului acut amigdalian recent, pe simptomatologia descrisă.

Diagnosticul diferenţial : cu anginele acute, cu flegmoane osteodentare, cu accidente de erupţie a molarului de minte (cu dureri dentare, trismus foarte accentuat, tumefacţie cervicală se face corp comun cu mandibula).

Măsuri de urgenţă : în stadiul de debut se aplică un tratament medical ce constă din : comprese calde în jurul gîtului (Prischnitz), gargarisme, badijonaj cu albastru de metil 1%, antibiotice (Penicilină G 800 000 U la 6 ore minim) sau Eritromicină drajeuri de 250 mg la 4 ore intervale, timp de 5—6 zile. În stadiu de colecţie, se face tratament chirurgical ce constă din incizie şi drenaj într-un serviciu de O.R.L.

Flegmonul laterofaringian. Se dezvoltă după angine hiperseptice, după supuraţii periamigdaliene, după ulceraţii infectate, după boli infecţioase. Realizează două forme clinice cu simptomatologie distinctă :

a) **Adenoflegmonul laterofaringian** constituit din infecţia şi supuraţia ganglionilor jugulo-carotidieni, manifestat prin alterarea stării generale şi existenţa unei angine recente, cu uşoară durere la deglutiţie. Examenul obiectiv arată o tumefacţie dureroasă a ganglionilor cervicali subangulomandibulari şi de-a lungul muşchiului sternocleidomastoidian, dur la început apoi fluctuenţă cu tegumente roşii. Prezintă torticolis şi redoarea cefei.

Măsuri de urgenţă. În faza incipientă se instituie un tratament medical ce constă din antibiotice în doze corespunzătoare, comprese calde în jurul gîtului. În faza de colecţie, cazul trebuie îndrumat într-un serviciu de specialitate pentru incizie şi drenaj, pe cale externă cervicală.

b) **Celuloflegmonul laterofaringian** reprezentat printr-o infecţie şi supuraţie localizată între peretele faringian şi lama conjunctivă a vaselor mari cervicale.

Simptomatologia este asemănătoare cu cea precedentă. Se deosebeşte prin predominanţa fenomenelor disfagice faţă de cele externe cervicale. **Tratamentul** este acelaşi ca la forma precedentă.

Scanned with OKEN Scanner

c) **Adenoflegmonul retrofaringian.** Reprezintă inflamația și supurația ganglionilor prevertebrali și țesutul lax din spațiul retrofaringian. Apare la copii mici sub vîrsta de 2 ani, de obicei după adenoidită acută. Debutează cu febră, stare generală alterată, convulsii, agitație, insomnie, disfagie și dispnee. Copilul refuză suptul, dispneea este progresivă, în funcție de tumefacția retrofaringiană și se însoțește de tiraj, cornaj și chiar crize de sufocare.

Examenul obiectiv. La bucofaringoscopie se observă pe peretele posterior al faringelui o bombare roșie cu fluctuență.

Măsuri de urgență: antibioterapie în doze corespunzătoare vîrstei, și se îndrumă cazul la serviciul de specialitate otopediatric pentru tratament chirurgical, incizie și drenaj.

19. SUPURAȚII ACUTE LARINGIENE ȘI PERILARINGIENE

Infecția țesutului lax submucos la nivelul laringelui.

Laringita edematoasă septică debutează brusc sau progresiv, cu alterarea stării generale (febră, frison, senzație de corp străin în gît, jenă dureroasă la deglutiție și fonație, tuse spastică). În perioada de stare, bolnavul este anxios, prezintă disfonie pînă la afonia, apoi dispnee cu caracter progresiv ce poate merge pînă la insuficiență respiratorie acută de tip laringian (cornaj și tiraj). Diagnosticul se pune pe baza semnelor amintite și a examenului laringoscopic (mucoasă laringiană edematiată hiperemiată).

Măsuri de urgență: antibioterapia cu spectru larg, comprese calde în jurul gîtului, Hemisuccinat de hidrocortizon i.v. 50—75 mg, oxigenoterapie, calmante ale tusei. În cazuri grave de sufocare, chiar traheotomie de urgență. În principiu, cazurile sînt internate într-un serviciu O.R.L., dotat cu mijloace de endoscopie.

Abcesul epiglotei. Este infecția țesutului celular lax al epiglotei. Bolnavul are senzația de corp străin, dureri la deglutiție, disfagie marcată, otalgie reflexă, tulburări respiratorii minime. Examenul laringoscopic arată o epiglotă tumefiată, deformată, intens hiperemiată. Evoluția spre abcedare spontană nu necesită deschidere chirurgicală.

Măsuri de urgență: comprese calde în jurul gîtului, antibiotice, corticoterapie. Cazurile se internează în serviciile de specialitate, avîndu-se în vedere posibilitatea instalării unui edem reacțional glotic cu insuficiență respiratorie acută.

Scanned with OKEN Scanner

20. SUPURAȚII ACUTE OTOMASTOIDIENE

1) **Pericondrita supurată a pavilionului auricular** apare după traumatisme, plăgi infectate. Bolnavul are o stare generală alterată, febră, insomnie, durere vie, uneori insuportabilă. Tegumentele pavilionului sînt roșii, edematiate, dureroase la cea mai mică atingere. Diagnosticul diferențial se face cu erizipelul (care este o extindere a erizipelului feței). Tratamentul se va face într-un serviciu de specialitate și constă în incizie, chiuretajul cartilajului necrozat. Pînă la internare se vor administra antibiotice, antialgice, sedative.

2) **Furunculul conductului auditiv** este o infecție stafilococică a aparatului pilosebaceu al conductului. Bolnavul prezintă durere vie în ureche, cu iradieri în regiunea temporală și maxilară, ce se exacerbează la atingerea conductului sau presiunea de tragus, la masticație. Cînd furunculul este voluminos, prezintă senzație de ureche plină și scăderea auzului. Poate prezenta febră și alterarea stării generale. La examenul obiectiv, otoscopia arată o tumefacție a peretelui conductului, de culoare roșietică, conductul este îngustat și împiedică vederea timpanului. Se poate însoți de o limfangită retroauriculară, cînd poate fi confundat cu o otomastoidită acută exteriorizată.

Tratamentul se face cu badijonări cu tinctură de iod, meșă și tampoane cu alcool, căldură locală, raze ultrascurte, Rx-terapie antiinflamatorie și tratament medicamentos : analgezice, antibiotice, vaccin antistafilococic, vitamine (C.B.A.).

3) **Otita medie supurată acută.** Apare după o infecție rinofaringiană, în boli infecțioase, după traumatisme cu perforația timpanului. Debutează brutal, cu alterarea stării generale, febră, frison, otalgie violentă crescîndă, pulsatilă, cu iradiere în regiunea occipitală, vertex, cu perioade de remisiuni și exacerbări, hipoacuzie progresivă, senzație de ureche astupată, acufene, uneori și amețeli.

Diagnosticul este relativ ușor și se bazează pe simptomele descrise. Diagnosticul de certitudine îl stabilește medicul specialist. Tratamentul de urgență este medical. În otitele neperforate se fac instilații auriculare călduțe cu glicerină boratată 3—4%, Boramid, aplicare locală de căldură uscată, solux, ultrascurte, comprese calde (Prischnitz) în trei straturi=un strat umed, unul impermeabil (nailon, celofan) și un strat uscat. Dezinfecția rinofaringelui (sursa infecției) cu picături : mentorin, oleu gomenolat 1%, colargol 1%, fedrocaină, dimineața și seara, antibiotice, analgezice, sedative.

În otita perforată se fac instilații auriculare cu apă oxigenată 3%, Rivanol 1%, Sulfacetamid, antibiotice (după testare), Hidrocortizon, după

Scanned with OKEN Scanner

4—5 zile se poate instila și alcool boricat 4%. Nu se va neglija dezinfecția rinofaringiană. În caz de complicații, internarea de urgență în spital.

Otomastoidita acută supurată este o complicație a otitei medii supurate, prin extinderea procesului supurativ prin aditus spre celulele mastoidiene. Reapariția durerilor violente a cefaleei, a febrei, alterarea stării generale, în perioada cînd otita pare a evolua spre vindecare, trebuie să ne îndrepte atenția spre o complicație mastoidiană. La inspecție, în mastoiditele exteriorizate se observă o tumefacție a regiunii mastoidiene, cu roșeață, edematierea tegumentelor, depărtarea pavilionului și ștergerea pliului retroauricular. Presiunea profundă a mastoidei provoacă durere. La otoscopie se observă o scurgere mai abundentă, net purulentă, după ștergerea sau aspirația puroiului el reapare imediat. Se impune internarea în serviciul O.R.L.

Otomastoidita supurată a sugarului merită o descriere aparte, avînd caractere deosebite față de cea a adultului sau a copilului mare. La sugar predomină fenomenele generale față de cele locale. Starea generală alterată, febră 38—39°, agitație, insomnie, vărsături, diaree, convulsii (în sindromul toxic), refuză alimentele, scade în greutate, țipă, își freacă capul de perină, duce mîna la ureche. Apăsarea pe regiunea pretragiană și pe mastoidă îi provoacă durere. Tegumentele retroauriculare pot apărea uneori împăstate. Poate apărea o adenopatie retroauriculară și cervicală moderată. La otoscopie se observă un timpan congestionat, infiltrat, eventual bombat, grafia mastoidei arată o voalare a sistemului celular mastoidian. Dacă nu se deschide timpanul, se formează un abces mastoidian subperiostal.

Diagnosticul pozitiv este destul de greu și se bazează pe o analiză atentă a fenomenelor generale și locale. Grafia este de mare ajutor. Se impune o colaborare cu pediatrul. De asemenea și tratamentul se va face în colaborare cu pediatrul : reechilibrarea hidroelectrolitică, antibiotice, corticoterapie, antitermice, vitamine, sedative. În toate aceste cazuri, se impune o internare de urgență în serviciul de pediatrie, reanimare, sau otopediatrie și intervenție chirurgicală, după remontarea stării generale.

21. COMPLICAȚIILE SUPURAȚIILOR OTICE ȘI MASTOIDIENE

a) **Labirintita otogenă** apare mai cu seamă în bolile infecto-contagioase, în otite acute hipertoxice. Debut brutal cu ameteli, accentuate la mișcările capului, cu grețuri, vărsături, surditate accen-

Scanned with OKEN Scanner

tuată de tip percepție, nistagmus (spre partea bolnavă în perioada de debut și spre partea sănătoasă în perioada de stare), tulburări de echilibru. Diagnosticul se bazează pe existența supurației și fenomenelor vestibulare. Tratament de urgență în serviciile de specialitate.

b) **Flebita sinusului lateral** (peri-, endo-, tromboflebita) este o complicație frecventă a otomastoiditelor, însoțită de septicemie. Debutează brusc în cursul mastoiditei sau otitei, cu frisoane repetate, febră mare, alterarea stării generale, vărsături, semne de iritație meningo-cerebrale. Bolnavul prezintă cefalee intensă și persistentă, insomnie, facies teros, curba termică cu oscilații mari (febră de tip septic). Examenul local arată o împăstare a tegumentelor mastoidiene, durere vie la apăsarea marginii posterioare a mastoidei. Diagnosticul prezumtiv este ușor, bazat pe existența afecțiunii otice, otomastoidiene și pe semnele clinice. Se recomandă internarea de urgență în spital.

c) **Meningita otică** poate apărea în cursul unei otomastoidite acute sau otomastoidite cronice reîncălzite. Meningita debutează cu cefalee intensă și difuză, fotofobie, rahialgii, jenă la flectarea gîtului, durere la apăsarea mușchilor cefei, vărsături, constipație, febră ridicată. În perioada de stare, bolnavul prezintă stare generală profund alterată, cefaleea crește în intensitate, febra ajunge la 40°, somnolență, poziție „cocoș de pușcă", redoarea cefei, semnul Kerning, Brudzinski, hiperestezie cutanată, hiperreflectivitate tendinoasă. Important pentru diagnostic este puncția lombară, care pune în evidență un lichid sub tensiune, clar, tulbure sau purulent (după tipul meningitei), septic sau aseptic, cu elemente figurate abundente.

Diagnosticul se bazează pe existența unei supurații otomastoidiene, semne de iritație meningială, sindromul infecțios, aspectul lichidului cefalorahidian. În toate formele de meningită se impune un examen otorinolaringologic, anamneză atentă în direcția unei otite, adesea ignorate. Uneori, bolnavul fiind în comă și neavînd date anamestice, un examen otologic atent poate elucida diagnosticul.

d) **Abcesul cerebral** apare mai ales în cursul unei otite sau otomastoidite cronice. În perioada de debut și latență diagnosticul este dificil. Pe fondul unei supurații otomastoidiene, cefaleea se permanentizează, bolnavul slăbește progresiv, pot apărea mici frisoane, grețuri, vărsături, tulburări de comportament. Ca semne de infecție și supurație cerebrală apar frisoane, temperatură, leucocitoza crescută, apoi semne de hipertensiune intracraniană (cefalee intensă, stază papilară, bradicardie, vărsături). Semnele de localizare sînt mai dificil de pus în evidență. Se pot produce paralizii ale nervilor cranieni, tulburări psihice, afazie, halucinații, comă. Se impune internarea de urgență în serviciul

Scanned with OKEN Scanner

O.R.L. sau neurochirurgie. Este contraindicată puncția rahidiană sau occipitală. Diagnosticul prezumtiv se face pe baza existenței supurației otice și simptomatologiei clinice. Precizarea diagnosticului se face în serviciile specializate O.R.L.-neurochirurgie.

e) **Abcesul cerebelos.** În aceste cazuri, sindromul infecțios este mai manifest, ca în abcesul cerebral. Sindromul de hipertensiune cerebrală apare mai precoce și mai evident (cefalee suboccipitală, stază papilară accentuată, bradicardie timpurie și constantă). Sindromul de localizare este net și caracteristic prin semnele vestibulocerebeloase și cerebeloase. Sindromul vestibulocerebelos se manifestă prin grețuri, vărsături, ameteli, tulburări de echilibru, nistagmus spontan (orizontal ce bate de partea bolnavă, spre deosebire de cel labirintic, care bate spre partea sănătoasă). Nistagmusul cerebelos este mai intens și mai amplu. Ca semne cerebeloase amintim, în primul rînd, tulburările de echilibru statice (catalepsie, tremurături), cinetice (ataxie, asinergie, hipermetrie, adiadococcinezie — semnul marionetelor), tulburări de vorbire și scris, precum și tulburări în mișcările pasive (atonie mușchiulară). Diagnosticul se bazează pe existența supurației otomastoidiene și pe semnele destul de caracteristice, descrise mai sus. Se impune de urgență internarea în serviciul de specialitate O.R.L.-neurochirurgie.

22. SINDROMUL MENIÈRE

Entitate morbidă de etiologie variată, cu leziuni în labirint, manifestat clinic prin crize paroxistice vertiginoase, hipoacuzie și acufene. Tabloul clinic este destul de caracteristic. În plină sănătate, fără o cauză aparentă, apare un vertij puternic, de obicei cu caracter rotator. Bolnavul are senzația că toate obiectele din jur se rotesc violent în jurul său, mai rar are impresia că el este supus unei învîrtiri. Această falsă senzație, de rotație, determină un dezechilibru, bolnavul se prinde de obiectele din jur, de pereți, de multe ori cade la pămînt. Aceste semne se însoțesc de grețuri și vărsături, bolnavul este palid, are transpirații reci, tahipnee, tahicardie, stare de neliniște și teamă, frică de cădere, agarofobie. Așezat în pat stă imobil, se ține cu mîinile de pat, ține ochii închiși. Deschiderea ochilor îi accentuează senzația de vertij. Cea mai mică mișcare a capului îi accentuează această senzație, îi provoacă vărsături, senzație de prăbușire, de răsturnare.

Acufenele (vîjîiturile auriculare) pot să apară înaintea crizei, sau concomitent cu ea ; de obicei sînt de tonalitate înaltă.

Scanned with OKEN Scanner

Hipoacuzia, care însoțește sindromul labirintic, este o hipoacuzie de percepție, predominant la una din urechi. Ea poate să dispară după criza vertiginoasă, sau poate să se mențină. Mai pot fi semnalate tulburări neurovegetative, sub formă de valuri de căldură, cefalee temporo-parietală, voal, sau muște zburătoare în fața ochilor.

Diagnosticul pozitiv se sprijină pe existența celor trei simptome principale (vertij, zgomote auriculare, surditate), cu caracterele descrise mai sus, pe apariția crizelor cu intervale de acalmie și pe probele vestibulare spontane (nistagmus, devierea brațelor, Romberg).

Tratamentul de urgență al crizei vertiginoase periferice :

— bolnavul va fi culcat pe urechea înspre care bate nistagmusul, într-o cameră liniștită și întunecoasă ;

— se administrează atropină 0,50 ct g subcutanat, medicamente calmante (Luminal, bromuri), antispastice, Beladona (Bergonal, Scobutil, Procaină 1% i.v. 10 cmc injectat foarte lent), deconectante (Clordelazin), antiemetice (Emetiral, Torecan), Vitamină PP, vitamine din grupul B (B_1, B_6, B_{12}, B complex), desensibilizante (Nilfan, Romergan). Se recomandă de asemenea regim hiposodat, de sete și administrarea de diuretice de tip ufrix, Ederen. Bolnavul va fi trimis într-un serviciu de specialitate O.R.L., unde se poate face un tratament mai intens și sub supraveghere permanentă.

Scanned with OKEN Scanner

MEDICINĂ LEGALĂ

ATRIBUȚIILE MEDICULUI GENERALIST ÎN ELIBERAREA CERTIFICATELOR MEDICO-LEGALE

ARE VOIE SĂ ELIBEREZE :

— certificate medico-legale pentru leziuni de violență care necesită îngrijiri medico-legale pînă la 10 zile. Dacă aceste leziuni se complică (supurații etc.), reexaminarea persoanei și completarea certificatului privind prelungirea duratei îngrijirilor medicale le va face medicul legist ;

— certificatul medico-legal privind dispensa de vîrstă în vederea căsătoriei ;

— certificatul medico-legal privind motivarea absenței de la termenul unui proces, în calitate de martor.

NU ARE VOIE SĂ ELIBEREZE :

— certificate medico-legale pentru leziuni care necesită peste 10 zile de îngrijiri medicale ;
— certificate pentru viol sau virginitate ;
— stare de viduitate ;
— certificat pentru stabilirea sexului sau a vîrstei ;
— certificat pentru examinări psihiatrico-legale în vederea testării.

1. TEHNICA REDACTĂRII CERTIFICATULUI MEDICO-LEGAL

Certificatul se întocmește la cererea scrisă a solicitantului, se taxează cu 35 lei pentru adulți și cu 15 lei pentru minori și se aplică un timbru fiscal de 20 lei. Cuprinde trei părți :

Scanned with OKEN Scanner

a) Preambulul — care conține :

— Numele și calitatea medicului (subsemnatul dr. . . . . — medic al dispensarului comunei . . .).

— Felul solicitării (cererea persoanei).

— Numele, vîrsta, adresa, consemnarea actului oficial de legitimare (seria și nr. buletinului de identitate). În lipsa buletinului de identitate se va lua amprenta degetului arătător de la mîna stîngă — atît pe original, cît și pe copia certificatului.

— Motivul pentru care se solicită certificatul și data cînd susține victima că a fost agresionată.

b) Cuprinsul certificatului (partea descriptivă) — conține descrierea tuturor urmelor de violență, respectînd următoarea ordine : cap, gît, trunchi, membre superioare, membre inferioare.

În descriere se va consemna :

— Localizarea anatomică exactă (exemplu : pe fața anterioară a antebrațului stîng, în treimea medie).

— La echimoze : forma, dimensiunile, culoarea, marginile.

— La plăgi : forma, dimensiunile, aspectul marginilor plăgii, profunzimea, țesuturile interesate, starea evolutivă, prezența sau absența infecției.

c) Concluziile — vor cuprinde :

— Vechimea leziunilor (apreciată de medic după aspectul lor morfologic).

— Modul de producere (lovire directă sau indirectă).

— Natura agentului vulnerant (contondent, ascuțit, tăietor, despicător).

— Aprecierea duratei în zile a îngrijirilor medicale, sub rezerva apariției unor eventuale complicații. Zilele de îngrijire medicale se calculează din momentul producerii traumatismului și nu din ziua examinării.

2. MODEL DE CERTIFICAT MEDICO-LEGAL

Dispensarul medical al comunei . . . . . județul . . . . . Timbrat : 20 lei
Nr. . . . . din . . . . . .

CERTIFICAT MEDICO-LEGAL

Subsemnatul ..... medic al dispensarului medical al comunei ....., județul ....., examinînd astăzi ..... la cerere proprie pe .....,

în vîrstă de ..... ani, cu domiciliul stabil în comuna ....., județul ....., legitimat cu buletinul de identitate seria ..... nr. ....., eliberat la data de ..... de către Miliția orașului ....., care susține că în ziua de ..... a fost victima unei agresiuni, am constatat următoarele :

1. Ambele pleoape ale ochiului stîng sînt tumefiate și echimotice de culoare violacee închisă.

2. Pe fața vestibulară a buzei superioare o echimoză violacee de 1/2 cm.

3. Subclavicular stîng o plagă cu marginile neregulate, anfractuoase, cu diametrele de 2/3 cm, care interesează pielea și țesutul subcutanat. Buzele plăgii sînt edemațiate și congestionate.

4. Pe fața externă a brațului drept, în 1/3 superioară o excoriație cu marginile neregulate, cu diametrele de 4/5 cm, acoperită cu crustă aderentă de culoare roșie-brună.

5. Pe fața anterioară a coapsei drepte, în 1/3 inferioară o echimoză violacee neomogenă cu marginile neregulate, cu diametrele de 7/9 cm.

Concluzii :

Leziunile de violență descrise pot avea vechimea de 1—2 zile și pot fi rezultatul unor lovituri directe și repetate cu corpuri contondente.

Necesită 6 (șase) zile de îngrijiri medicale, socotite de la data agresiunii, dacă nu survin complicații.

Prezentul certificat se eliberează pentru a servi în justiție.

Semnătura și parafa

Ștampila dispensarului

3. INSTRUCȚIUNI DE RECOLTARE A SÎNGELUI PENTRU ALCOOLEMIE .

1. Recoltarea sîngelui și a urinei necesare determinării imbibiției alcoolice se va face în unitățile sanitare încadrate cu medici, de la toate persoanele aduse în acest scop de către lucrătorii de miliție. Persoana căreia urmează a i se recolta sînge trebuie să fie condusă la unitatea sanitară în cel mai scurt timp, pe cît posibil în prima oră de la incident sau de la accident.

2. Pentru determinarea alcoolemiei se vor recolta 10 ml sînge cu seringă și ac sterilizate prin fierbere, conform normelor Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale, avîndu-se în vedere ca instrumentarul întrebuințat să nu conțină nici o urmă de alcool. Pielea se va dezinfecta

Scanned with OKEN Scanner

cu sublimat sau cu alte substanțe antiseptice, care nu conțin alcool, eter, benzină sau alte produse volatile.

Probele de sînge recoltate vor fi introduse în flacoane tip penicilină, spălate în prealabil cu apă distilată —, în care se va pune ca anticoagulant 5 ct g fluorură de sodiu sau, în lipsa acestuia, 5 ct g citrat de sodiu neutru.

Concomitent cu priza de sînge se vor recolta 30—50 ml urină. Colectarea se va face într-un flacon de volum corespunzător, în prealabil foarte bine spălat cu apă.

3. Medicul care recoltează materialul biologic pentru analiză va face și un examen medical, completînd buletinul de examinare clinică conform anexei 2 din prezentele instrucțiuni. Buletinul examenului clinic se va trimite laboratorului de analiză, odată cu probele recoltate. El va rămîne în păstrarea laboratorului, unde va servi ca documentație complementară, ca și rezultatul analizei urinei.

4. Flacoanele în care s-au introdus probele de sînge și de urină vor fi etichetate, iar pe etichetă se va scrie citeț : numele și prenumele persoanei de la care s-a făcut recoltarea, data recoltării, semnătura și parafa celui care a recoltat probele. În prezența medicului, organul de miliție aplică pe capacul flaconului sigiliul cu timbru sec, pe ceară roșie. În caz că expedierea sîngelui nu se poate face imediat, probele vor fi păstrate în frigider.

5. Trimiterea flacoanelor cu probele de sînge și de urină la laboratoare se va face în baza unei adrese, conform anexei 3 din prezentele instrucțiuni, de către organul de miliție care solicită analiza sîngelui în vederea determinării coeficientului de imbibiție alcoolică în sînge. Ea va fi însoțită de buletinul de examinare clinică și de procesul-verbal de recoltare. Buletinul toxicologic va fi întocmit conform anexei 4 și va fi înaintat cît mai urgent posibil organului care a solicitat analiza.

6. Buletinul de examinare clinică, precum și rezultatul examenului de urină vor servi medicului legist sau toxicologului ca date complementare în stabilirea coeficientului de imbibiție alcoolică (concentrație în sînge), luîndu-se în considerare timpul scurs de la accident (incident) pînă la priză, prezența alcoolului în urină sau a altor substanțe.

Instrucțiunile prevăd formulare speciale pentru procesul-verbal de recoltare a probei, pentru buletinul de examinare clinică și pentru cererea de efectuare a analizei, formulare — care sînt în posesia organului de miliție.

Scanned with OKEN Scanner

Buletin de examinare clinică pentru intoxicaţia alcoolică şi recoltarea materialului biologic

(Recoltarea sîngelui în cantitate de 10 cmc se va face fără utilizare de alcool, eter, benzină etc., după dezinfecţie cu sublimat 1‰).

Numele examinatului ..... vîrsta .....

Ocupaţia .....

Data recoltării : ziua ..... luna ..... anul ..... ora .....

Data accidentului : ziua ..... luna ..... anul ..... ora ..... min. .....

Data (durata) consumării alcoolului .....

Circumstanţele consumării de alcool : felul băuturii, cantitatea, de cîte ori a consumat, a mîncat între timp, a vomitat între timp, a luat medicamente ? .....

.....

.....

Confirm că acul şi seringa, precum şi pielea au fost bine spălate cu apă sterilă sau dezinfectante cu soluţie de sublimat 1‰ şi nu cu alcool, eter sau alt lichid volatil.

Starea de nutriţie (greutatea aproximativă) .....

Culoarea feţei (palidă, normală, hiperemică) .....

pulsul ..... temperatura ..... miros de alcool în aerul expirat .....

Reacţia pupilară (bună, slabă, lipseşte) .....

Semnele ataxiei (pronunţat, nesigure) .....

a) proba Romberg .....

b) păstrarea echilibrului la întoarcerea bruscă din mers .....

c) ridicarea unor obiecte mici .....

d) proba indexului .....

Comportarea : (ordonată, dezordonată, agitată) .....

Vorbirea : (cititul cu glas tare corect, disartric) .....

Orientarea în timp, spaţiu, persoane (orientat, neorientat) .....

Atenţia : (bine concentrată, neconcentrată, dispersată) .....

Memoria : (bună, rea) ..... judecata : (coerentă sau nu) .....

Semne de violenţă sau alte boli (epilepsie, comoţie cerebrală etc.) .....

.....

.....

Observaţii .....

Concluzii : examinatul este sau nu sub influenţa alcoolului ? .....

.....

.....

Data .....

Parafa şi semnătura medicului examinator

Scanned with OKEN Scanner

Notă: sîngele se va recolta într-un flacon curat tip penicilină, adăugîndu-se ca anticoagulant 5 ctg fluorură de sodiu sau citrat de sodiu neutru. Urina, 30—50 ml, se va recolta într-un flacon bine spălat cu apă. Ambele ambalaje vor fi etichetate și sigilate. Completarea tuturor rubricilor de mai sus este obligatorie, în caz contrar se va specifica motivul.

Proces-verbal de recoltare

Anul ..... luna ..... ziua ..... ora .....
Dispensarul, spitalul, policlinica etc. .....
Medic ..... asistat de martorii .....
.....
.....
am procedat la recoltarea probei de sînge de la numitul .....
fiul lui ..... și al ..... născut la data de .....
..... în comuna (orașul) ..... str. .....
nr. ..... sectorul ..... județul .....
domiciliat în comuna (orașul) ..... str. .....
nr. ..... sectorul ..... județul .....
de profesie ..... în serviciu la .....

Menționăm că seringa și acul cu care s-a recoltat sîngele au fost sterilizate conform dispozițiilor M.S., iar flaconul a fost curat și nu prezenta urme de alcool.

De asemenea, dezinfectarea pielii s-a făcut conform prevederilor din instrucțiuni.

Drept care am încheiat prezentul proces-verbal de recoltare a sîngelui, spre cele legale.

Parafa și semnătura medicului — Martori

Lucrător de miliție — Persoana examinată

EXPERTIZA DE CADAVRU

Obligațiile medicului generalist privind examinarea cadavrului și eliberarea certificatului constatator de deces.

Medicul este obligat de a se deplasa personal pentru a examina cadavrul.

Scanned with OKEN Scanner

4. ORIENTAREA LA LOCUL FAPTEI

a) informare asupra împrejurărilor decesului și asupra antecedentelor medicale, se pot lua :

— de la aparținători,

— de la cei care au fost în apropierea victimei înainte sau în timpul decesului,

— din bilete de ieșire din spital,

— carnet de sănătate,

— buletinul de analize de laborator,

— rețete din dosarul de cercetare,

— decizii de pensionare ;

b) examenul extern al cadavrului :

— constatarea semnelor morții,

— verificarea cu minuțiozitate, dacă nu se constată pe cadavru urme de violență sau semne de intoxicație,

— orice indicii privind cauza și împrejurările morții.

5. CÎND SE POATE ELIBERA CERTIFICAT CONSTATATOR DE DECES

a) dacă se exclude orice suspiciune de moartea violentă, dacă medicul cunoaște victima, o are în evidență ca bolnav și cunoaște cauza medicală a morții.

6. CÎND NU SE POATE ELIBERA CERTIFICAT CONSTATATOR DE DECES

a) în cazuri de suspiciune de moarte violentă,

b) în decesele mamă,

c) în decesele postabortum,

d) în moarte subită (de cauză necunoscută, în aparentă stare de sănătate).

CUM SE PROCEDEAZĂ ÎN ASEMENEA CAZURI

a) se iau măsuri de conservare la locul faptei, împiedicînd pe cei din jur sau pe rude să schimbe ceva din topografia lucrurilor sau poziția cadavrului ;

Scanned with OKEN Scanner

b) se anunță imediat organul teritorial de miliție — asupra celor constatate ;

c) organul de miliție (în raport cu competența lui) va cere medicului legist efectuarea autopsiei sau va raporta procuraturii care, la rîndul ei, va lua măsuri pentru autopsie ;

d) în toate aceste cazuri, certificatul constatator de deces va fi eliberat — după efectuarea autopsiei — de către medicul legist.

7. STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE MOARTE

Moartea este considerată a fi încetarea metabolismului cu oprirea funcțiilor aparatelor vitale (sistem nervos central, aparatul respirator și circulator).

Are două etape :

a) **Moartea clinică** — a cărei durată este de maximum cinci minute, de la oprirea funcțiilor organelor vitale pînă în momentul instalării destructuralizării biochimice, apoi morfologice a scoarței cerebrale. În condițiile unei reanimări intensive, aplicată în această etapă în unele cazuri, individul poate fi readus la viață. Uneori bolnavul readus la viață prezintă sechele grave neurologice sau psihice.

b) **Moartea biologică** — debutează odată cu destructuralizarea scoarței cerebrale. Ea este ireversibilă și cuprinde progresiv toate țesuturile și organele. Mor mai întîi formațiunile care au apărut ultimele pe scara filogenetică și rezistă mai mult la anoxie țesuturile mai vechi. La nivelul creierului se distruge, în primul rînd, scoarța cerebrală, pe cînd centrii subcorticali își mai conservă structura pînă la 30 minute. Astfel se explică reluarea funcțiilor vegetative printr-o reanimare aplicată tardiv, după destructuralizarea scoarței cerebrale. În această stare particulară, de decerebrare, individul poate fi menținut foarte mult timp, uneori mai mulți ani, fără însă a putea fi readus la viață. Din punct de vedere clinic și juridic, reluarea funcțiilor organelor interne pe seama sistemului nervos vegetativ, în condiții de decerebrare, nu este sinonimă cu viața.

c) **Semnele clinice**

— oprirea respirației — uneori nu poate fi stabilită cu certitudine numai prin inspecția toracelui. În unele stări agonale, mișcările inspiratorii deși există, amplitudinea lor este foarte redusă, imperceptibilă cu ochiul liber. În asemenea cazuri se impun investigații suplimentare, cum ar fi :

- așezarea unei farfurii cu apă pe reglunea sternală a victimei.

Scanned with OKEN Scanner

Dacă există mișcări respiratorii, oricît de reduse, vor apărea valuri pe suprafața apei ;

- suspendarea cu ajutorul unui fir subțire de ață a unui fulg în fața orificiilor respiratorii. Curentul de aer determinat de inspir și expir va produce mișcări pendulare a fulgului ;

— oprirea circulației sanguine — se materializează prin absența pulsului periferic și central. Pentru a avea certitudine, mai sînt necesare manevre suplimentare. Introducerea transtoracic a unui ac de seringă în ventriculul stîng, la individul încă viu, va bascula sincron cu contracțiile inimii, iar pe lumenul arcului va ieși sînge, datorită persistenței unei presiuni sanguine intraventriculare. Ligaturînd un deget la baza lui, la individul viu, el se va cianoza datorită stazei realizate prin ligatură. Dacă se injectează fluoresceină (soluție 20%) intramuscular, în cazul persistenței unei circulații sanguine oricît de lente, conjunctiva se va colora în galben. Picurînd dionină sau eter în sacul conjunctival, la individul încă viu, va apare kemosis.

— se mai poate verifica acidifierea mediului intern, dar fenomenul apare tardiv, la cîteva ore după deces, adică atunci cînd debutează și semnele de certitudine ale morții. Introducînd o hîrtie de turnesol în sacul conjunctival, își va schimba culoarea în roșu. Strivind cu ajutorul unei pense tegumentele, se poate exprima o picătură de lichid interstițial, care în prezența hîrtiei de turnesol dă reacție acidă.

— abolirea reflexelor este generală, ultimul dispărînd reflexul cornean.

d) **Modificări cadaverice precoce :**

— *răcirea cadavrului* începe chiar în timpul agoniei, consecință a diminuării metabolismului pînă la oprirea completă. Viteza răcirii este în raport cu condițiile mediului fizic extern : temperatură, ventilație, umiditate, îmbrăcăminte, starea de nutriție și uneori cauza morții. Prin răcire progresivă cadavrul își egalează temperatura cu cea a mediului fizic extern. În general se acceptă că, în clima noastră, cadavrul se răcește, în medie, cu 1 °C pe oră. Temperatura rectală de 20 °C este un semn de certitudine a morții ;

— *deshidratarea :* se datorește evaporării apei din țesuturi și a hipostazei, cu golirea lichidelor planurilor superioare și acumularea în părțile declive. Viteza deshidratării este în raport cu temperatura și umiditatea mediului extern, cu prezența mișcărilor de aer și cu masa cadavrului. Este mult mai intensă la copii noi-născuți, care — în scurt timp, prin deshidratare — pot pierde 250—300 g din greutatea corpului. Este defavorizată de îmbrăcăminte și de un panicul adipos abundent.

Evaporarea este mai intensă în regiunile cu epidermul subțire (scrot, labii, buze) sau acolo unde epidermul a fost strivit prin lovire

Scanned with OKEN Scanner

sau frecare, imediat înainte sau după moarte. Aceste zone se pergamentează, devin de culoare gălbui-brună.

Pentru a diferenția pergamentarea de o contuzie intravitală se incizează țesuturile — în pergamentările postmortale neexistînd infiltrate hemoragice.

Evaporarea la nivelul globului ocular (la cadavrele rămase cu ochii deschiși) produce o pată gălbuie triunghiulară la nivelul corneei.

— *lividitățile cadaverice:* sînt consecința încetării circulației și acumulării masei de sînge în zonele declive ale sistemului vascular, urmată de hemoliză și imbibiția spațiilor lacunare prin permeabilizarea peretelui vascular, consecutivă degradărilor postmortale. Se caracterizează prin apariția pe tegumente, în zonele declive ale cadavrului, a unor pete albastru-livide, care confluează între ele.

În evoluția lividităților se cunosc trei etape :

— *hipostaza:* în timpul vieții, datorată funcției de pompă a inimii și a presiunii sanguine, sîngele umple întreg sistemul vascular, în interiorul căruia se găsește într-o continuă mișcare. După moarte, datorită gravitației și dispariției tonusului vascular, masa de sînge — pe principiul vaselor comunicante — se acumulează în vasele din teritoriu decliv, determinînd apariția pe piele a unor pete albăstrui. Lividitățile debutează după 3—4 ore de la deces, iar în decurs de 12—14 ore confluează și devin foarte intense. Ele respectă regiunile anatomice în care straturile subțiri de țesuturi mai sînt comprimate între două planuri dure : osul și suportul cadavrului (regiunea omoplaților sau sacrată). Explicația constă în faptul că, în aceste regiuni, vasele fiind colabate, prin presiunea exercitată de greutatea corporală pe suportul dur, nu pot fi invadate de sînge. Întrucît în această etapă masa de sînge se găsește încă în vase, lividitatea pălește la digitopresiune și dispare prin schimbarea poziției cadavrului, reapărînd pe noua față declivă.

— *difuziunea:* continuă hipostaza și apare între 12—18 ore de la deces. Apare hemoliza postmortală, iar plasma încărcată cu pigment hematic difuzează parțial prin peretele vascular, care, la rîndul lui, a suferit degradări postmortale ce îi măresc permeabilitatea. În această fază, o parte din masa de sînge mai persistă în vase, iar alta a difuzat în țesutul celular perivascular. De aceea, lividitatea va păli la digito-presiune, dar nu va dispărea complet. De asemenea, prin schimbarea poziției cadavrului, lividitățile din poziția inițială vor păli, dar nu vor dispărea ; se vor instala altele noi și pe noua față declivă.

— *inbibiția:* apare după 18 ore. În această fază, sîngele complet hemolizat a părăsit în totalitate vasele, îmbibînd difuz țesutul celular. Lividitățile sînt difuze, omogene, de culoare violaceu-murdară, nu dispar la digito-presiune și nu se modifică prin schimbarea poziției ca-

Scanned with OKEN Scanner

davrului. Culoarea lor ne poate da un indiciu asupra cauzei morții. Sînt roșii carminate în intoxicația cu CO, brune în intoxicații cu nitriți, roșii-aprins la cadavrele înghețate.

În asfixii mecanice, cu tulburări circulatorii acute, pe fondul violaceu-închis al lividităților apare un picheteu hemoragic, consecință a rupturilor capilare prin distensie brutală. Uneori se impune diferențierea lividităților de echimoze (leziuni contuzive intravitale). Echimozele secționate pun în evidență prezența unui infiltrat hemoragic în țesutul celular subcutanat care nu dispare la spălare, pe cînd coloratia roșie-lividă a lividității dispare sub jetul de apă.

— rigiditatea cadaverică : constă din intrarea în contracție a musculaturii, cauzată de unele modificări biochimice ce au loc după moarte atît în musculatura netedă, cît și în cea striată.

Rigiditatea debutează la 3—4 ore după deces și cuprinde progresiv masele musculare în sens cranio-caudal, începînd cu articulația temporo-mandibulară și terminînd cu articulațiile membrelor inferioare. Deoarece volumul și forța de contracție a flexorilor este preponderentă, prin rigiditate, cadavrul tinde să ia o anumită poziție : degetele flectate pe palme, antebrațele ușor flectate spre brațe, iar acestea spre trunchi. Intensitatea rigidității este în raport cu : masa musculară, starea de nutriție, cauza morții. Este mai intensă la indivizii atletici, la cei morți după tetanos sau intoxicație cu strichnină.

Rigiditatea este un proces cu o anumită evoluție în timp ; astfel, în primele 10—12 ore, mobilizînd forțat articulațiile, rigiditatea se reface. În următoarele 10—12 ore rigiditatea anihilată prin mișcări imprimate articulațiilor nu se mai reface, iar după aproximativ 24 ore de la instalare, rigiditatea dispare spontan, în aceeași ordine în care a apărut, fiind înlocuită cu o rezoluție musculară totală. Rigiditatea cuprinde și musculatura netedă ; astfel, miocardul intră în contracție după 1—2 ore de la deces, încît putem crede că individul a murit în sistolă, deși este cunoscut faptul că cei mai mulți mor în diastolă. Pînă nu de mult se susținea că rigiditatea este efectul acumulării de acid lactic, rezultat din glicoliza anaerobă a glicogenului muscular. S-a constatat însă că intoxicația cu iodo-acetat de potasiu, care inhibă formarea de acid lactic, nu modifică rigiditatea.

Cercetările mai noi au stabilit că intrarea în rigiditate a musculaturii este un proces biochimic activ, bazat pe degradarea ATP-ului în ADP, al cărui rezultat este creșterea viscozității miozinei și, deci, instalarea rigidității. Se pare că în instalarea rigidității mai joacă rol și alți factori, căci acumularea de acetilcolină din intoxicația cu parathion favorizează instalarea unei rigidități foarte puternice. S-a mai constatat că masele musculare din membrele hemiplegice nu intră în rigiditate, sau rigiditatea lor este tardivă și foarte slabă.

Scanned with OKEN Scanner

Rezoluția musculară este consecutivă instalării putrefacției.

Rigiditatea catalectică : constă în intrarea bruscă în rigiditate a întregii musculaturi, fixînd cadavrul în poziția pe care a avut-o în momentul morții. Apare în morțile violente de natură traumatică, în care a fost lezat trunchiul cerebral, sau zona tuberculilor cuadrigemeni și nucleii vestibulari.

— autoliza : este un proces de distrucție celulară, constînd din dezagregarea proteică produsă de acțiunea fermenților. Enzimele acționează anarhic chiar din momentul opririi metabolismului celular. În general, sînt supuse autolizei organele mai bogate în enzime proteolitice și în apă, cum ar fi : medulosuprarenala, timusul, splina, pancreasul, mucoasa stomacului.

Autoliza sîngelui (hemoliza) începe la scurt timp după moarte. La început, pe frotiurile examinate la microscop se mai văd doar contururile hematiilor, iar mai tîrziu, acestea sînt transformate într-o masă granulară. Pigmentul hematic colorează plasma, intima vaselor și fuzează în spațiile lacunare perivasculare. Locul medulo-suprarenalei îl ia o cavitate cu conținut brun. La nivelul pereților gastrici, pepsina în mediu foarte acid lizează mucoasa gastrică și poate duce la perforație postmortem, cu revărsarea conținutului gastric în cavitatea peritoneală. Absența reacției inflamatorii la nivelul peritoneului și în zona marginală a perforației permite cu ușurință diferențierea ei de perforația produsă intravital. Pancreasul devine moale, de culoare alb-gălbuie-roșietică, ceea ce poate prilejui confuzia cu pancreatita hemoragică.

e) **Modificări cadaverice tardive :**

— *putrefacția :* este un proces distructiv, cu participația florei microbiene, a cărui rezultat final este destructuralizarea țesuturilor și dezagregarea substanțelor organice. În condițiile noastre de climă, putrefacția debutează la 24—36 ore după deces. Se desfășoară în condiții optime între 20—35 °C, în mediu cald și umed. Scade în intensitate sub 20 °C și este complet oprită la 0 °C.

În condiții de înhumare, progresează mai rapid în pămînt aerat și umed, în gropi nu prea adînci. Este mult încetinită în pămînt impermeabil pentru aer și apă (lut).

Putrefacția are o anumită succesiune și este precedată de modificările produse de autoliză, cu inhibiția cadaverică consecutivă și scăderea *p*H-ului. În prima fază intră în activitate flora microbiană aerobă, flora care cedează apoi locul celei anaerobe, ce desăvîrșește dezagregarea substanțelor organice.

La început aveam de-a face cu distrugerea hidrocarbonatelor prin procese fermentative, proces de scurtă durată, urmat apoi de proteoliză cu dezagregarea substanțelor proteice — mai întîi în aminoacizi, apoi

Scanned with OKEN Scanner

acid oxalic, succinic, lactic sau crezoli, fenoli, indol. Tot în urma proteolizei se formează ptomainele, putresceina, cadaverina.

În procesul chimic al dezagregării proteice iau naştere gaze de putrefacţie : hidrogen sulfurat, metan, azot, bioxid de carbon, care se acumulează în ţesuturi şi cavităţile naturale ale organismului.

Putrefacţia debutează în regiunile anatomice mai bogate în floră microbiană, de obicei în fosa iliacă dreaptă — unde cecul este foarte aproape de peretele abdominal —, manifestîndu-se prin apariţia pe tegument a unei pete verzi. În colecţii purulente (empieme, abcese voluminoase, flegmoane), pata verde apare în acele regiuni. În septicemii se declară difuz, de-a lungul traiectelor venoase subcutanate.

Apariţia coloraţiei verzui pe tegument se datorează combinării hidrogenului sulfurat degajat prin putrefacţie, cu hemoglobina rezultată din liza hematiilor.

De la locul de debut, coloraţia verde murdară cuprinde tot tegumentul. Vasele subcutanate devin vizibile, creînd circulaţie postumă — datorită putrefacţiei sîngelui şi a lichidului de inbibiţie perivasculară.

Prin acumularea de gaze creşte mult presiunea în organele cavitare şi în cavităţile naturale ale organismului, ceea ce determină apariţia, la orificiile respiratorii (gură, nas), a unor zemuri cadaverice. Se cunosc cazuri cînd, la femei gravide la termen, presiunea enormă intraabdominală a provocat post-mortem expulsia fătului. Gazele se acumulează în organele parenchimatoase dîndu-le un aspect spongios (ficat, plămîn), sau în ţesutul celular subcutanat (obraji, buze, scrot, labii) producînd distensie importantă. Produc şi flictene gazoase tegumentare prin clivaj epidermic, care trebuie diferenţiate de cele din arsură sau cele din degerătură, care conţin lichid.

Există o succesiune a vitezei de distrucţie prin putrefacţie. În primul rînd sînt dezagregate organele mai bogate în apă : creierul, suprarenalele, pancreasul, ficatul, rinichii, plămînii. Urmează apoi musculatura şi, în ultimul stadiu, ţesuturile fibroase şi cartilaginoase. Oasele pot rezista putrefacţiei mii de ani.

În raport cu condiţiile de mediu şi cu masa cadavrului, putrefacţia poate dura de la cîteva luni, la cîţiva ani.

— *distrugerea cadavrului prin insecte :* procesul de distrugere a cadavrului este completat de acţiunea vorace a larvelor unor insecte, atrase de la mari distanţe de mirosul emanat de cadavre. S-au făcut studii amănunţite, stabilindu-se o anumită succesiune a apariţiei diverselor tipuri de insecte, atrase de mirosurile specifice ale unui anumit stadiu de putrefacţie. Cunoscîndu-se şi ciclul de evoluţie a insectelor, s-au întocmit tabele după care se pot face aprecieri, destul de exacte, asupra timpului scurs de la moarte. Înmulţirea acestor insecte este atît

Scanned with OKEN Scanner

de rapidă, încît afirmaţia lui Linnée : „trei muşte consumă un cadavru tot atît de repede ca un leu", pare să conţină oarecare adevăr.

Balthazard a stabilit şapte echipe de insecte, care atacă în mod succesiv cadavrul. Primele sînt dipterele : cutenebra, stabulons, caliphora vomitaria (musca albastră), lucilia caesar (musca verde), sarcophaga carnaria (depune larve vii). Urmează apoi colepterele şi acarienii.

Insectele depun ouăle la nivelul orificiilor naturale sau ale buzelor plăgilor. După 10—12 ore apar larve care — cu ajutorul unor enzime proteolitice pe care le secretă — lichefiază proteinele şi le consumă. În condiţiile de expunere la aer, un cadavru de copil este devorat într-o săptămînă, iar un cadavru de adult într-o lună.

Furnicile sînt, de asemenea, capabile să scheletizeze un cadavru de adult în cîteva săptămîni. Acţiunea distructivă a insectelor se continuă şi în mormînt.

f) **Modificări cadaverice conservatoare**

În anumite condiţii de mediu, putrefacţia fie că nu se instalează, fie că se opreşte şi cadavrul se conservă un timp mai mult sau mai puţin îndelungat.

— *mumifierea naturală :* este rar întîlnită în climatul ţării noastre, şi numai cînd se întrunesc condiţii deosebite de mediu fizic : aer cald, uscat şi ventilaţie bună — condiţii care s-ar putea realiza prin expunere vara în podul caselor sau prin înhumare nu prea adîncă în nisip. Se produce o deshidratare intensă şi rapidă, a cărui rezultat este uscarea părţilor moi.

Cadavrele devin mult mai uşoare, pielea este de culoare brun-gălbuie, cu aspect tăbăcit. Plăgile trebuie examinate foarte minuţios, deoarece sînt greu diferenţiabile de distrugerile produse post-mortem de către insecte sau animale. Mumifierea unui cadavru de copil durează o lună, iar a celui adult 2—3 luni.

— *adipoceara :* este un proces de saponificare a grăsimilor de depozit şi de constituţie, în condiţiile de păstrare îndelungată a cadavrelor în ape stătătoare sau cu mişcare lentă, puţin oxigenate. Procesul durează 8—12 luni. Părţile moi se transformă într-o masă gălbui-cenuşie, cu aspect brînzos şi miros rînced. Prin uscare, adipoceara devine sfărîmicioasă. Adipoceara conservă forma organelor interne, iar leziunile de violenţă rămîn vizibile.

Sînt mai multe teorii care încearcă să explice acest fenomen. Se pare că este un proces lent de saponificare a grăsimilor. În primul stadiu grăsimile se descompun în glicerol şi acizi graşi. Glicerolul şi acidul oleic sînt spălaţi de apă, iar acidul palmitic şi stearic, combinîndu-se cu sărurile de Ca şi Mg din apă, se transformă în săpunuri.

Scanned with OKEN Scanner

Smith consideră că adipoceara se formează în urma solidificării grăsimilor prin hidrogenarea acizilor graşi nesaturaţi, iar Prokop susţine că este un proces bacterian anaerob, cu participarea Cl. perfringens.

— *lignifierea :* este rar întîlnită şi se instalează la cadavrele care zac multă vreme în medii turboase (bălţi cu aciditate puternică). Sub acţiunea substanţelor acide calciul din oase se mobilizează, grăsimile şi proteinele se dizolvă, iar pielea devine brună, dură. Întreaga masă a cadavrului scade şi el se reduce în volum.

— *îngheţul :* este forma cea mai perfectă de conservare a cadavrelor (la 0 °C orice acţiune microbiană încetează). Prin frig se conservă nu numai structura macroscopică, dar şi cea microscopică celulară. Sub acţiunea frigului, lividităţile cadaverice devin de un roşu-aprins, dar după dezgheţ ele virează spre violaceu. La cadavrele dezgheţate, putrefacţia avansează mai rapid.

8. CÎND I SE POATE CERE MEDICULUI GENERALIST SĂ EFECTUEZE O AUTOPSIE

a) prin ordinul M.S., în moartea subită la copii, sub 1 an ;

b) în cazul cînd este numit medic delegat pentru autopsii medico-legale. În acest caz, în competenţa lui pot intra numai : — moartea subită ; — sinuciderea ; — moartea accidentală sau omorul din culpă cu o singură victimă ; — accident de circulaţie ; — accident de muncă ;

c) nu are dreptul să autopsieze : — crime sau lovituri cauzatoare de moarte ; — pruncucideri ; — decese mamă sau decese postabortum ; — accidente mortale colective ; — cazuri de responsabilitate medicală.

9. CINE ÎL INVESTEŞTE CU CALITATEA DE EXPERT DELEGAT

Organul de cercetare penală (miliţian sau procuror), în baza art. 116 C.P.P. Delegarea se va face prin ordonanţă sau adresă scrisă, prin care medicul este delegat nominal şi în care se formulează întrebările la care urmează să răspundă — pentru stabilirea cauzei şi a împrejurărilor morţii.

ÎN CALITATE DE EXPERT DELEGAT ARE DREPTUL

a) să ia cunoştinţă de materialul de la dosarul de anchetă necesar pentru efectuarea expertizei ;

Scanned with OKEN Scanner

b) să pretindă organului de urmărire penală să i se pună la dispoziție orice material informativ privind decedatul (exemplu : bilete de ieșire din spital, rețete, informări din partea aparținătorilor sau a celor din anturajul victimei, informări de la locul de muncă etc.) ;

c) după efectuarea autopsiei are dreptul să solicite examinări complementare : — examen histopatologic ; — examen toxicologic ; — examen biocriminalistic ; — alte examene de laborator.

Materialul recoltat și ambalat de medic, adresat laboratorului de medicină legală și însoțit de un exemplar din raportul de autopsie (cu sau fără concluzii provizorii), va fi predat organului de miliție, care (în conformitate cu Decretul 446/1966) are obligația de a-l transporta la laboratorul interjudețean de medicină legală.

10. RECOLTAREA MATERIALULUI BIOLOGIC PENTRU LABORATOR

a) Pentru examenul histopatologic : se recoltează în soluție de formol 10% fragmente de organe, cu latura de 1,5/2 cm și grosimea de maximum 0,5 cm, pe cît posibil de la marginea modificărilor patologice macroscopice, în așa fel încît să cuprindă deopotrivă țesut bolnav și sănătos.

Soluția de fixator trebuie să fie de cel puțin zece ori mai mare decît masa fragmentelor de organe.

b) Pentru examenul toxicologic : se vor recolta, în borcane de 1—2 litri, spălate cu apă dar nedezinfectate, următoarele organe :

— în primul borcan : 1/2 creier, 1 lob pulmonar, 1/2 inimă ;

— în al doilea borcan : 1/2 ficat, 1 rinichi, 1/2 splină ;

— în al treilea borcan : stomacul cu conținutul său ; 1 m intestin subțire ; 0,5 m intestin gros, cu conținutul lor ;

— un borcan cu toată urina ;

— un borcan cu 300—500 cmc sînge.

Borcanele vor fi legate la gură cu celofan și etichetate, consemnîndu-se : numele victimei, conținutul, numele medicului și data recoltării. De asemenea se recoltează, în borcan separat, vomismentele găsite la locul faptei. Se vor trimite laboratorului recipiente din care a băut victima, substanțe toxice găsite la locul faptei, alimente gătite sau negătite ce se presupune că ar fi otrăvite.

c) Recoltarea de sînge pentru alcoolemie.

d) Recoltarea de sînge steril pentru hemocultură sau recoltarea sterilă de conținut din colecții, flegmoane etc., pentru însămînțări pe medii de cultură.

Scanned with OKEN Scanner

11. REDACTAREA RAPORTULUI MEDICO-LEGAL DE AUTOPSIE

O autopsie completă, dublată de examinarea corectă și amănunțită a tuturor formațiunilor anatomice trebuie să se concretizeze printr-un raport medico-legal de autopsie, din descrierea căruia să rezulte cu claritate și precizie toate aspectele lezionale și patologice constatate la cadavru. Pe baza acestor descrieri, diagnosticul anatomo-patologic și concluziile trebuie să reiasă logic și cu claritate.

Raportul medico-legal este un act cu valoare științifică și probatorie juridică. Pentru a nu omite nimic și a reda totul într-o formă clară și precisă, el trebuie să se desfășoare după o anumită schemă și anume :

a) preambulul ;

b) istoricul faptelor ;

c) descrierea faptelor : — examenul extern al cadavrului ; — examenul intern al cadavrului : — capul și cavitatea craniană, — gura, gîtul și organele gîtului, — toracele și cavitatea toracică, — abdomenul și cavitatea abdominală ;

d) examinări complementare de laborator ;

e) discuția faptelor ;

f) diagnostic anatomo-patologic ;

g) concluzii.

PREAMBULUL : cuprinde numele și calitatea celui care efectuează autopsia. Actul în baza căruia este împuternicit să o facă (se indică organul emitent, numărul și data ordonanței sau adresei). Numele, prenumele, vîrsta și domiciliul stabil al victimei. Scopul autopsiei (în cazurile deosebite, întrebările formulate în ordonanță). Data și locul efectuării. Se consemnează numele și calitatea persoanelor care au asistat în mod oficial la autopsie (procuror, organ de miliție, consilierul juridic al părții interesate).

ISTORICUL FAPTELOR : cuprinde datele informative obținute de la organul de cercetare penală sau de la aparținători, în legătură cu victima și împrejurările decesului. Medicul legist se va informa în legătură cu victima, atît privind împrejurările imediate ale morții, cît și (mai ales în morțile subite sau suspecte) asupra antecedentelor medicale și comportamentale. Pe cît posibil va cere de la aparținători rețete, medicamente, carnete de boală sau bilete de ieșire din spital.

În morțile violente (dacă nu a participat la examenul locului faptei), va consulta din dosar procesul-verbal, precum și orice alt document care îi este util pentru a se informa cît mai complet asupra tuturor problemelor de ordin medical sau medico-legal privind decedatul.

Scanned with OKEN Scanner

În cazul cînd victima a fost internată în spital, se vor cere foile de observație clinică, fișele de reanimare, protocoalele operatorii. Studiul acestor documente este deosebit de important și în morțile patologice, dar mai cu seamă în intoxicații și leziuni de violență. În cazurile de violență, foarte adeseori victimele internate în spital au fost supuse intervențiilor chirurgicale, iar la autopsie nu se mai constată aspectul leziunal primar, ci modificările postoperatorii (plăgile au fost debridate, suturate etc.). Studiul protocoalelor operatorii ne dau informații asupra leziunilor primare, precum și asupra conduitei chirurgicale operatorii (de exemplu : se descriu fracturile craniene înainte de eschilectomie, leziunile traumatice a organelor interne descoperite intraoperator etc.).

Sînt situații cînd foile de observație sînt întocmite lapidar sau pur și simplu sînt ignorate leziunile de mai mică importanță pentru chirurg (excoriații, echimoze), dar importante pentru legist. În aceste cazuri medicul legist are dreptul să ia notă informativă medicului curant pentru completarea din memorie a celor neconsemnate în documentele medicale.

În cazurile deosebite, cînd împrejurările sau necesitatea documentării cît mai exacte o cer, documentele medicale informative (foaia de observație clinică și protocolul operator) pot fi copiate în întregime, în acest capitol al raportului medico-legal. Am văzut că medicul legist are dreptul, în baza Codului de procedură penală și a Decretului 446/1966 de a obține documentația mai sus menționată, iar organele de cercetare penală și cele medicale sînt obligați a se conforma cererii lui.

DESCRIEREA FAPTELOR : este partea raportului medico-legal care cuprinde descrierea amănunțită și sistematică a tuturor organelor și elementelor anatomice privind atît caracteristicile lor normale, cît și cele patologice sau de violență. Descrierea trebuie să fie cît mai exactă, și în așa mod făcută încît din ea să rezulte starea normală sau de boală. În partea descriptivă a raportului medico-legal nu trebuie să apară termenul de normal sau de diagnostic al unei boli (de exemplu : la nivelul plămînului se constată un proces bronchopneumonic).

EXAMENUL EXTERN : trebuie să cuprindă obligatoriu următoarele puncte : — date somatice privind identificarea cadavrului ; — semnele morții ; — urme de violență ; — semne de boală ; — urmele tratamentelor medicale și intervențiilor chirurgicale.

În cazul cînd cadavrul este identificat, ne vom mărgini a consemna sexul, talia, starea de nutriție, limitele aproximative de vîrstă.

Cînd cadavrul este necunoscut, medicul legist trebuie să identifice și să descrie toate aspectele morfologice, antropologice, patologice, malformații și infirmități pe baza cărora să se poată ulterior identifica vic-

Scanned with OKEN Scanner

tima. Mai ales particularitățile sînt acelea care se reţin uşor de către anturaj şi, deci, slujesc mai bine identificării.

Semnele morţii — servesc nu numai la stabilirea morţii reale, dar şi la aprecierea duratei ei. Cunoscînd evoluţia în timp a lividităţilor cadaverice, a rigidităţii şi putrefacţiei, după aspectul lor, se poate stabili data morţii cu destulă precizie.

Urmele de violenţă — descoperirea lor exactă ca formă, dimensiuni, aspect, localizarea anatomică este de cea mai mare importanţă. Pentru a nu scăpa nimic, vom începe cu extremitatea cefalică, continuînd apoi cu gîtul, trunchiul, membrele superioare şi cele inferioare. Trebuie să avem grijă să întoarcem cadavrul pentru a examina şi părţile dorsale. De asemenea, cercetăm perineul şi orificiile naturale, pentru că putem avea surpriza să găsim aici urme de violenţă uneori edificatoare pentru interpretarea cazului.

Amplasarea leziunii trebuie stabilită cu mare precizie ; nu este suficient să consemnăm : „la nivelul braţului se observă o echimoză de 3/4 cm". În exemplul dat, formularea corectă este următoarea : „pe faţa externă a braţului stîng în 1/3 medie se observă o echimoză violacee, de formă ovalară, cu marginile nete, cu diametrele de 3/4 cm".

În descrierea echimozelor trebuie să ţinem seama de coloraţie, formă, dimensiuni, aspectul marginilor ei. Descrierea lor exactă ne permite să le apreciem vechimea, iar în unele cazuri şi modalitatea exactă de producere.

Forma, localizarea, aspectul şi marginile crustei sînt elementele care trebuie avute în vedere la excoriaţii. Descrierea plăgilor este necesară să fie făcută amănunţit.

Din descrierea plăgilor trebuie să rezulte dacă avem de-a face cu plăgi contuze, tăiate, împuşcate, împunse. Trebuie consemnată direcţia plăgii, orientarea diametrului lung faţă de axul regiunii anatomice. Plăgile nu se vor sonda pentru a le afla adîncimea, aceasta se va stabili prin disecţia cu ocazia autopsiei cadavrului. La plăgile împuşcate căutăm şi factorii complementari ai împuşcării. La toate plăgile consemnăm prezenţa sau absenţa hemoragiei, eventuale semne de infecţie, prezenţa sau absenţa de corpi străini în plagă sau în jurul ei.

Trebuie avut în vedere faptul că ceea ce scapă observaţiei şi descrierii cu ocazia examenului extern al cadavrului şi autopsiei, se pierde în mod iremediabil pentru anchetă, iar raportul medico-legal, incomplet, nu este numai suficient, ci creează în instanţă un dubiu asupra calităţii lui ca document probatoriu.

Semnele de boală — se pot descoperi nu numai în morţile patologice, dar şi în unele morţi violente. Ele sînt indicii fie a unor coexistenţe patologice, fie a unor complicaţii posttraumatice. Putem descoperi erupţii cutanate, coloraţii anormale ale epidermului şi mucoaselor, edeme,

Scanned with OKEN Scanner

colorații cianotice ale extremităților în insuficiențele circulatorii, secreții, excreții etc.

Urme ale tratamentelor medicale sau chirurgicale : se descriu urmele de injecți, de perfuzii, imobilizări, incizii chirurgicale, drenaje etc. Pentru a întregi tabloul examenului extern al cadavrului și a dubla descrierea, care oricît ar fi de amănunțită și exactă s-ar putea să nu creeze o imagine destul de plastică, uneori este necesar să se efectueze desene, schițe, fotografii cu localizarea și aspectul leziunilor.

EXAMENUL INTERN : constă din descrierea celor constatate la autopsia propriu-zisă. Se procedează sistematic, descriind mai întîi pereții, apoi conținutul organelor din fiecare regiune autopsiată. Descrierea se face într-o anumită ordine, pentru a nu omite nici-un amănunt anatomic sau patologic. De exemplu, la autopsia toracelui se începe cu descrierea peretelui toracic, apoi a conținutului și anume : aparatul respirator, circulator, mediastinul.

Descrierea organelor trebuie să cuprindă caracteristicile anatomice privind dimensiunea, greutatea, forma, consistența, culoarea, structura macroscopică, conținutul la organele cavitare etc. Din această descriere reiese atît aspectul normal cît și cel patologic. Dacă descrierea este corectă și suficient de amănunțită, din ea va rezulta însuși tabloul organului normal, sau tabloul macroscopic a diverselor leziuni anatomo-patologice. Oricît talent descriptiv am avea, fără cunoștințe fundamentale de morfologie normală și patologică nu vom reuși să redăm exact și veridic situația reală.

Vom evita să recurgem la expresii ca : stază hepatică sau pleurezie serofibrinoasă. Vom descrie aceste aspecte în modul următor : „Ficatul este de consistență fermă. Sub capsula transparentă se observă culoarea brună-vineție a parenchimului hepatic, iar pe suprafața de secțiune se constată diseminate pe fondul brun al ficatului puncte de culoare roșie-închisă, înconjurate de un fin halou gălbui". În cazul pleureziei serofibrinoase vom face următoarea descriere : „În cavitatea pleurală dreaptă se constată prezența a 1 000 cmc lichid tulbure în care plutesc flocoane de fibrină, iar pleura parietală și viscerală, a cărui luciu este dispărut, este de asemenea acoperită cu fibrină". Din această descriere, oricine are cunoștințe de morfopatologie va deduce că este vorba de ficat de stază și pleurezie serofibrinoasă.

În cazul leziunilor traumatice, sîntem obligați să descriem plan cu plan traiectul (canalul) leziunii, aspectul organului lezat, dimensiunile leziunii. Descrierea trebuie făcută în așa fel, încît să reconstituie exact, de la exterior spre interior, leziunea de violență privind profunzimea ei, dimensiunile, succesiunea țesuturilor și organelor lezate. Pe baza unei descrieri corecte, ulterior se pot trage concluzii nu numai asupra modalității de producere, dar și asupra caracteristicelor agentului vulnerant

Scanned with OKEN Scanner

și a direcției de lovire, elemente ce au o importanță extrem de mare pentru anchetă.

EXAMENE COMPLEMENTARE: adeseori, pentru a completa datele obținute autoptic sau în vederea documentării și fundamentării concluziilor raportului, se recoltează diferite materiale biologice pentru examene de laborator. În această parte a raportului se consemnează ce examinări de laborator s-au solicitat, ce materiale s-au recoltat și cărui laborator au fost trimise. În mod obișnuit se solicită examene histopatologice, toxiocologice sau biocriminalistice.

REZULTATELE INVESTIGAȚIILOR DE LABORATOR: buletinele de laborator, chiar dacă se anexează raportului de autopsie, se copiază integral în acest capitol, neuitînd nici tehnica (metoda) de laborator utilizată în analiză. Acest lucru este necesar, întrucît într-o eventuală nouă expertiză, să existe o informare scrisă, precisă asupra modalității de lucru de la primele analize.

DISCUȚIA FAPTELOR: nu este obligatorie și nu se face decît atunci cînd este necesar să dăm o interpretare anumitor leziuni sau aspecte, pentru a explica concluziile ce urmează să le tragem. Nu este admis să transformăm acest capitol al raportului de autopsie într-un mijloc de a ne etala erudiția profesională. Asemenea practică ar fi nu numai inutilă, dar și dăunătoare, pentru că ar crea confuzii și derută în interpretarea juridică a actului. În discuția cazului trebuie să interpretăm și să analizăm cele constatate autoptic. Să argumentăm concluziile înlăturînd dubiile ce s-ar putea introduce în interpretarea faptelor.

În situația în care se pun mai multe ipoteze, ele trebuie analizate în lumina materialului faptic și adoptată cea mai valabilă, nu prin negația celorlalte, ci prin argumentarea ei.

În cazul cînd nu putem ajunge la concluzii de certitudine, demonstrăm acest lucru în discuția faptelor și scoatem în evidență elementele obiective care pledează pentru diferitele ipoteze, arătînd totodată (demonstrativ) care pare cea mai valabilă.

Credem că este necesar să insistăm asupra faptului că medicul legist trebuie să uzeze în toate aceste discuții și argumentări numai de datele biologice constatate prin expertizarea cadavrului și prin analizele complementare. Nu numai că este interzis, dar și periculos de a-și depăși atribuțiile, făcînd imixtiuni în problemele de anchetă și criminalistică pe care le ridică cazul. Acest lucru pune sub semnul întrebării obiectivitatea actului medico-legal și scade valoarea lui probatorie.

DIAGNOSTICUL ANATOMO-PATOLOGIC: îl considerăm necesar, pentru că el nu numai că evidențiază leziunile anatomo-patologice sau traumatologice, dar le și gradează cauzal.

Scanned with OKEN Scanner

Formularea diagnosticului anatomo-patologic se va face după următoarele criterii :

a) boala care a generat direct moartea, deci factorul tanatogenetic principal ;

b) complicaţiile cauzate direct de afecţiunea principală ;

c) boli preexistente, dar complicate sau agravate de afecţiunea principală (tanatogeneratoare) ;

d) boli preexistente cu evoluţie independentă de afecţiune tanatogeneratoare ;

e) boli apărute după instalarea procesului principal (tanatogenerator), dar fără legătură şi neinfluenţate în evoluţie de acesta.

CONCLUZIILE : trebuie să răspundă concis şi clar la problemele esenţiale ridicate de expertiză privind cauza şi împrejurările morţii.

Concluziile trebuie să cuprindă în mod obligatoriu : a) felul morţii (violentă, patologică) ; b) cauza medicală a morţii ; c) în morţile violente se stabileşte : — din totalitatea leziunilor de violenţă descoperite autoptic, care sînt cele direct mortale ; — modalitatea lor de producere ; — aprecierea leziunilor nemortale în privinţa modalităţii de producere şi a gravităţilor ; — data morţii.

Raportul medico-legal se dactilografiază şi se trimite în timpul cel mai scurt Laboratorului medico-legal judeţean pentru avizare. Numai după ce a fost avizat, el devine un act cu valoare juridică.

În cazurile cînd se solicită examene complementare de laborator, raportul redactat, cu concluzii provizorii, va însoţi materialul biologic recoltat, fiind necesar specialistului din laborator pentru orientare. Concluziile definitive vor fi stabilite numai după primirea analizelor de laborator.

12. MODELE DE RAPOARTE MEDICO-LEGALE DE AUTOPSIE

RAPORT MEDICO-LEGAL ÎN CAZ DE MOARTE SUBITĂ

Dispensarul sanitar comunal
Nr. . . . . din data de . . . . . .

Raport medico-legal

Subsemnatul ....., medic al dispensarului medical al comunei ..... solicitat fiind de către Postul de miliţie al comunei ..... prin adresa nr. ..... din

data de ..... de a efectua autopsia cadavrului .... în vîrstă de ..... ani, cu domiciliul stabil în comuna ..... nr. ..... județul ..... în vederea stabilirii cauzei morții, am procedat azi ..... la cele ce urmează.

Autopsia a avut loc la Dispensarul comunal în prezența șefului Postului de miliție.

Istoricul faptelor :

Din cele relatate de către organele de miliție reies următoarele : femeia ..... venise de multe zile în ..... la piață cu mere de vînzare. În ziua de ..... are un conflict cu un individ care de asemenea vindea mere în piață. Victima îl prinde cu mîna de piept, iar acesta o împinge și cade cu șezutul pe o ladă. Cearta continuă încă aproximativ 1/4 oră, interval de timp după care femeia se simte rău și spune celor din jur că amețește și nu mai vede bine. Starea generală înrăutățindu-se rapid, lumea din jur se alarmează, opresc o mașină și o transportă spre spitalul ..... Decedează însă în mașină.

Descrierea faptelor :

Examenul extern :

Cadavrul prezentat pentru autopsie aparține unei femei în vîrstă de aproximativ 20—25 ani, cu talia de 1,66 cm și stare de nutriție bună.

Semnele morții sînt prezente prin rigiditate cadaverică generalizată și lividități de culoare violacee, pe spate, ceafă și fața posterioară a membrelor, care nu se modifică la digitopresiune.

La examenul extern al cadavrului nu se constată urme de violență pe cap, trunchi și membre.

Tegumentele și mucoasa sînt foarte palide.

Examenul intern :

Capul și cavitatea craniană :

La nivelul tegumentelor capului nu se întîlnesc urme de violență. Oasele bolții craniului sînt intacte. Meningele dur este de culoarea albsidefie, iar sinusurile venoase sînt golite de sînge. Meningele subțire este transparent. La nivelul substanței cerebrale aspectul arhitectonic și structural al substanței albe și cenușii este păstrat. Ventriculii cerebrali sînt goi, iar plexurile coroide sînt de culoare roșietică — palidă. Sistemul arterial de la baza creierului are pereții supli, elastici. Oasele bazei craniului sînt intacte.

Gura, gîtul și organele gîtului :

La nivelul tegumentelor gîtului și în grosimea părților moi subiacente nu se întîlnesc urme de violență. Cartilajele laringelui și osul hioid sînt intacte, iar mucoasa laringiană este roză și umedă. Mucoasa buco-

Scanned with OKEN Scanner

faringiană este roză, lucioasă şi umedă. Mucoasa linguală este roză catifelată. Amigdalele palatine sînt de mărimea unor ouă de porumbel, de consistenţă dură, cu aspect scleros. Esofagul are lumenul liber, pereţii supli, iar mucoasa esofagiană este albicioasă, lucioasă şi umedă.

Toracele şi cavitatea toracică :

În grosimea pereţilor toracici nu se întîlnesc urme de violenţă. Cavitatea pleurală stîngă este liberă, iar pleura este lucioasă şi umedă. La nivelul plămînului drept se întîlnesc aderenţe fibroase greu decolabile cu mîna, care solidarizează pleura viscerală cu cea parietală.

Plămînii sînt de culoare roză, palidă, de consistenţă buretoasă ; pe suprafaţa de secţiune au un aspect uscat. Traheea şi bronhiile mari au lumenul liber, iar mucoasa traheo-bronşică este roză.

Sacul pericardic este suplu. El conţine circa 5 cmc lichid serocitrin. Inima este de consistenţă fermă, cîntăreşte 246 grame şi măsoară 8/9/4 cm. Cavităţile ei sînt goale. Valvulele sînt suple, semitransparente. Endocardul valvular şi parietal este lucios şi umed, de culoare albicioasă. Miocardul este de culoare roşie-brună, de consistenţă fermă şi măsoară 1 cm grosime la nivelul ventriculului stîng. Pe secţiuni seriate făcute în grosimea lui, fibra miocardică apare de culoare brun-roşie, palidă. Coronarele sînt permeabile şi au pereţii supli. Aorta şi celelalte vase mari de la baza inimii au pereţii supli, iar intima lor este de culoare albgălbuie, lucioasă şi umedă.

Abdomenul şi cavitatea abdominală :

În grosimea pereţilor abdominali nu se întîlnesc urme de violenţă. În cavitatea peritoneală se găseşte 2 850 cmc sînge lichid. La examenul organelor genitale interne se constată : uterul de consistenţă moale, în greutate de 220 grame cu diametrele de 13/9/7 cm. Colul uterin este închis, iar orificiul colului are forma de fantă. Cavitatea uterină este lipsită de conţinut, mucoasa este de culoare roşie-închisă cu aspect catifelat. Trompa dreaptă este suplă şi permeabilă. Trompa stîngă prezintă în porţiunea ei centrală o formaţiune ovoidă de mărimea unui ou de găină, cu o ruptură, cu marginile neregulate, cu diametrele de 1,5/2 cm, prin care herniază membrane fetale. Deschizînd cu foarfeca această formaţiune constatăm prezenţa unui embrion lung de 4 cm. Ovarul stîng este sediul unui corp galben de 1,3 cm diametru.

Ficatul este de culoare brun-palidă, de consistenţă moale. Cîntăreşte 1 700 grame şi măsoară 27/21/8 cm. Pe suprafaţa de secţiune, parenchimul hepatic este de culoare brun-palidă (anemie). Vasele secţionate sînt goale. Căile biliare extrahepatice sînt permeabile. Vezica biliară are pereţii supli şi conţine cca 20 cmc bilă filantă, de culoare verde-închisă.

Splina este de culoare cenuşie, de consistenţă moale, cîntăreşte 180 grame şi măsoară 12/8/4 cm. Pe suprafaţa de secţiune, desenul structural este păstrat.

Scanned with OKEN Scanner

Rinichii sînt de consistență elastică, cîntăresc împreună 290 grame și măsoară 12/6/3 cm. Se decapsulează ușor, iar suprafața decapsulată este netedă, de culoare brun-roșietică. Pe suprafața de secțiune corticala se distinge net de medulară. Parenchimul renal este de culoare roșie-brună-palidă, cu aspectul structural macroscopic păstrat. Vezica urinară este lipsită de conținut, iar mucoasa vezicală este roză, umedă și lucioasă.

Suprarenalele sînt de consistență cărnoasă și cîntăresc 18 grame. Pe suprafața de secțiune, corticala apare brun-gălbuie, iar medulara brun-închisă.

Stomacul conține 550 cmc alimente în stadiu de digestie, sub forma unei paste în care se disting fragmente de cartofi. Mucoasa gastrică este de culoare cenușie-deschisă, cu pliurile proeminente. Intestinul subțire conține chil de culoare brun-deschisă. În sigmă și rect se găsesc materii fecale. Peretele intestinal este suplu, iar mucoasa este de culoare brun-cenușie, catifelată.

Concluzii :

Moartea femeii ..... a fost patologică.

Ea se datorează hemoragiei interne, consecutivă sarcinii extrauterine rupte.

Actul de violență (împingerea victimei) nu poate fi incriminat ca factor determinant tanatogenetic. Sarcina extrauterină se putea rupe și s-ar fi rupt în orice condiții și în afara oricărei violențe psihice sau fizice.

RAPORT MEDICO-LEGAL ÎN CAZ DE ASFIXIERE PRIN SPÎNZURARE

Dispensarul sanitar comunal
Nr. . . . . din data de . . . . . .

Raport medico-legal

Subsemnatul ..... medic al dispensarului medical al comunei ..... solicitat fiind de către Postul de miliție al comunei ..... prin adresa nr. ..... din data de ..... de a efectua autopsia cadavrului numitului ..... în vîrstă de ..... ani cu domiciliul stabil în comuna ..... nr. ..... județul ..... în vederea stabilirii cauzei morții, am procedat azi ..... la cele ce urmează.

Autopsia a avut loc la Dispensarul comunal în prezența șefului Postului de miliție.

Scanned with OKEN Scanner

Istoricul faptelor :

Din cele relatate de către aparţinători, reiese că ..... lucra ca tapiţer la Cooperativa invalizilor (prezenta o scifosco-lioză pronunţată). În ultimul timp a fost chemat de cîteva ori la Miliţie, pentru că se cercetau nişte furturi de materiale de la cooperativă. Este găsit spînzurat într-o magazie de lemne de la domiciliul său.

Deplasîndu-ne la locul faptei constatăm spînzurarea incompletă, cu picioarele parţial sprijinite pe un taburet, pe care victima urcase ca să-şi fixeze laţul. Laţul este confecţionat dintr-o sfoară groasă de cînepă, cu nodul culant situat în regiunea cefei şi fixat de un cui în apropierea tavanului.

Descrierea faptelor :

Examenul extern al cadavrului :

Cadavrul prezentat pentru autopsie aparţine unui bărbat în vîrstă de aproximativ 40—50 ani, cu talia de 158 cm şi stare de nutriţie bună.

Semnele morţii sînt prezente prin lividităţi cadaverice de culoare violaceu-închisă, pe membrele inferioare, bazin şi porţiunea distală a membrelor superioare. Rigiditate cadaverică la toate articulaţiile.

Ca semne de violenţă se constată :

— la nivelul gîtului prezenţa unui şanţ de spînzurare orientat oblic ascendent, dinainte-înapoi şi de jos în sus, mai profund pe faţa anterioară a gîtului şi pierzîndu-se spre ceafă. Şanţul are o lăţime 1—1,5 cm, iar patul lui este brun-pergamentat. Extremitatea cefalică este cianotică, limba proemină şi este prinsă între arcadele dentare. Subconjunctival se observă puncte hemoragice.

Ca semne de boală se constată cifo-scolioză pronunţată.

Examenul intern :

Capul şi cavitatea craniană :

La nivelul tegumentelor capului nu se întîlnesc urme de violenţă. Oasele bolţii şi bazei craniului sînt intacte. Meningele dur este de culoare alb-sidefie, iar sinusurile conţin sînge lichid. Meningele subţire este transparent, umed, lucios. Creierul este de consistenţă moale. Pe suprafaţa de secţiune, aspectul arhitectural al substanţei cenuşii şi albe este nemodificat. Ventriculii cerebrali conţin lichid cefalo-rachidian clar, transparent, incolor. Plexurile coroide sînt de culoare roşie-închisă. Vasele de la baza creierului au pereţii supli.

Gura, gîtul şi organele gîtului :

La nivelul tegumentelor gîtului se întîlneşte şanţul de spînzurare. În ţesutul celular subcutanat, pe faţa antero-laterală a gîtului, de-a lungul şanţului de spînzurare se observă mici infiltrate hemoragice. Infiltrate hemoragice se mai găsesc şi în teaca sterno-cleido-mastoidianului

stîng. Cartilajele laringelui şi osul hioid sînt intacte. Mucoasa buco-faringiană este de culoare roză, umedă şi lucioasă. În masa musculaturii limbii nu se întîlnesc urme de violenţă. Vîrful limbii are aspect pergamentat, uscat, de culoare brun-închisă. Esofagul are pereţii supli, lumenul liber, iar mucoasa de culoare albicioasă, cu pliuri longitudinale.

Toracele şi cavitatea toracică :

În grosimea pereţilor toracici nu se întîlnesc urme de violenţă. Cavităţile pleurale sînt libere, iar pleurile sînt lucioase, umede şi transparente. Plămînii sînt destinşi, de culoare roz-cenuşie, crepită la palpare. Pe suprafaţa de secţiune se scurge spontan o cantitate apreciabilă de sînge spumos. Traheea şi bronhiile mari conţin puţină spumă rozată. Mucoasa traheo-bronşică este roză, cu aspect catifelat.

Sacul pericardic este suplu, iar foiţa lui viscerală este umedă şi lucioasă. Inima este de consistenţă fermă şi măsoară 9/12/6 cm. Cavităţile inimii drepte conţin sînge lichid. Valvulele sînt suple, semitransparente. Endocardul este umed, lucios şi transparent. Miocardul este de culoare roşie-brun-închisă, de consistenţă fermă şi măsoară 1,1 cm grosime la nivelul ventriculului stîng. Pe secţiuni seriate, făcute în grosimea lui, suprafaţa de secţiune este roşie-brună-lucioasă. Coronarele sînt permeabile şi au pereţii supli, iar intima lor este gălbuie, lucioasă.

Abdomenul şi cavitatea abdominală :

În grosimea pereţilor abdominali nu se întîlnesc urme de violenţă. Peritoneul îşi păstrează luciul.

Ficatul este de culoare brună, de consistenţă fermă şi măsoară 28/17/10 cm. Pe suprafaţa de secţiune, parenchimul hepatic este de culoare brună lucioasă. Căile biliare extrahepatice sînt permeabile.

Splina este de culoare cenuşie, de consistenţă fermă şi măsoară 14/7/3 cm. Pe suprafaţa de secţiune, pe fondul cenuşiu al pulpei splenice se văd foliculii limfatici sub forma unor puncte albicioase.

Rinichii sînt de consistenţă elastică şi măsoară 12/6/3 cm. Se decapsulează uşor, iar suprafaţa decapsulată este netedă. Pe suprafaţa de secţiune corticala se distinge net de medulară, parenchimul renal este de culoare roşie-brună, mai închisă la nivelul piramidei lui Malpighi. Vezica urinară este lipsită de conţinut.

Stomacul conţine circa 200 cmc lichid cu miros de alcool. Mucoasa gastrică este de culoare cenuşie cu aspect catifelat, cu pliurile proeminente. Pereţii intestinului sînt supli, iar mucoasa intestinală este brun-cenuşie, cu aspect catifelat.

Pancreasul cîntăreşte 160 grame şi este de consistenţă cărnoasă, iar pe suprafaţa de secţiune desenul structural este vizibil.

Observaţii : s-a recoltat sînge în vederea dozării alcoolului. Prin buletinul toxicologic nr. ..... se stabileşte alcoolemia de .....

Scanned with OKEN Scanner

Concluzii :
Moartea lui ..... a fost violentă.
Ea se datorează asfixiei prin spînzurare.
Victima era sub influența alcoolului.
Moartea datează de aproximativ 24 ore.

RAPORT MEDICO-LEGAL IN ACCIDENT DE CIRCULAȚIE

Dispensarul sanitar comunal
Nr. . . . . din data de . . . . . .

Raport medico-legal

Subsemnatul ....., medic al dispensarului medical al comunei ....., solicitat fiind de către Postul de miliție al comunei ..... prin adresa nr. ..... din data de ..... de a efectua autopsia cadavrului numitului ..... în vîrstă de ..... cu domiciliul stabil în comuna ..... nr. ..... județul ..... în vederea stabilirii cauzei morții, am procedat azi ..... la cele ce urmează.

Autopsia a avut loc la Dispensarul comunal în prezența șefului Postului de miliție.

Istoricul faptelor :

Din procesul verbal de cercetare a locului faptei, rezultă că numitul ....., fiind în stare de ebrietate, a încercat să traverseze șoseaua și a fost surprins pe partea carosabilă de către un autocamion care l-a lovit și proiectat în parapetul unui podeț. A decedat după cîteva minute, înainte de a i se acorda îngrijiri medicale.

În procesul verbal de cercetare a locului faptei, se relevă că, camionul circula cu viteză reglementară. Cînd a apărut victima pe șosea, șoferul a încercat să evite accidentul, punînd frîna, dar distanța dintre camion și victimă era prea mică.

Verificarea tehnică a mașinii nu a scos în evidență defecțiuni privind direcția și sistemul de frînare. Șoferul a fost examinat clinic, neconstatîndu-se semne de boală sau de intoxicație alcoolică. I s-a prelevat sînge în vederea dozării alcoolului. Prin buletinul de alcoolemie nr. ..... emis de Laboratorul de toxicologie se consemnează alcoolemia zero.

Scanned with OKEN Scanner

Descrierea faptelor :

Examenul extern :

Cadavrul prezentat pentru autopsie aparţine unui bărbat în vîrstă de aproximativ 35—40 ani, cu talia 178 cm şi stare de nutriţie bună.

Semnele morţii sînt prezente prin lividităţi cadaverice pe părţile dorsale ale trunchiului şi membrelor, care nu dispar la digito-presiune şi rigiditate cadaverică la toate articulaţiile.

La examenul extern, ca urme de violenţă se constată :

— pe versantul drept al frunţii, la liziera cu pielea păroasă a capului, o plagă contuză cu marginile sfacelate şi cu diametrele de 3/5 cm, acoperită cu sînge şi murdărită cu pămînt ;

— pavilionul urechii drepte prezintă pe faţa externă excoriaţii întinse ;

— pe faţa externă a articulaţiei umărului drept şi a braţului drept în 1/3 medie, pe un fond echimotic violaceu, cu diametrele de 5/15 cm, se constată prezenţa unor excoriaţii liniare. Toată regiunea este murdărită cu praf ;

— pe faţa postero-externă a hemitoracelui stîng, în 1/2 inferioară, excoriaţii în placard pe o suprafaţă de 5/6 cm ;

— pe faţa externă a coapsei stîngi în 1/3 inferioară, prezintă fractură închisă cu deplasarea fragmentelor şi deformarea regiunii ;

— examenul îmbrăcămintei victimei arată pe veston, în regiunea corespunzătoare liniei axilare posterioare stîngi, o ruptură a stofei, lungă de 6 cm. În această regiune, pe stofă, se observă mici fragmente de vopsea de culoare roşie. Menţionăm că verificarea tehnică a maşinii scoate în evidenţă faptul că aripa dreaptă are vopseaua sărită, iar maşina este vopsită în roşu.

Examenul intern :

Capul şi cavitatea craniană :

La nivelul tegumentelor capului se întîlnesc leziunile de violenţă descrise anterior.

După incizia şi răsfrîngerea lambourilor scalpului se constată prezenţa unui infiltrat hemoragic epicranian de culoare roşie-închisă, care cuprinde regiunea fronto-temporo-parietală dreaptă, pe o suprafaţă cu diametrele de 8/10 cm. Muşchiul temporal drept este sediul unui hematon.

Bolta craniului prezintă în regiunea fronto-temporală dreaptă o fractură cominutivă de formă neregulată, cu diametrele de 5/7 cm, cu înfundarea eschilelor osoase în substanţa cerebrală. De la acest focar de fractură pleacă spre baza craniului şi anume, spre fanta orbitară şi gaura rotundă 2 linii de fractură.

Scanned with OKEN Scanner

Meningele dur este de culoare alb-sidefie și prezintă soluții de continuitate în zona de înfundare a eschilelor osoase. Subdural, pe suprafața întregului hemisfer cerebral drept, se observă un strat gros de sînge coagulat. Creierul este de consistență moale, circumvoluțiunile cerebrale sînt aplatizate. În zona focarului de fractură, la nivelul lobilor frontali și parietal drept, pe o suprafață de 5/6 cm și profunzimea de 1—2 cm, substanța cerebrală prezintă o dilacerare hemoragică. Pe suprafața de secțiune a creierului în întreaga masă cerebrală, dar mai ales în hemisferul drept și corpul calos se observă puncte și pete hemoragice care nu dispar la raderea cu cuțitul. Ventriculii cerebrali sînt goi, iar plexurile coroide sînt de culoare roșietică. Vasele sistemului arterial de la baza creierului au pereții supli.

Gura, gîtul și organele gîtului :

La nivelul tegumentelor gîtului și în grosimea părților moi subiacente nu se întîlnesc urme de violență. Cartilajele laringelui și osul hioid sînt intacte. Mucoasa buco-faringiană este de culoare roză, umedă și lucioasă.

Esofagul are pereții supli, lumenul liber, iar mucoasa este de culoare albicioasă, cu aspect catifelat, cu pliuri longitudinale.

Toracele și cavitatea toracică :

La nivelul peretelui toracic se întîlnesc excoriațiile de pe fața postero-externă a hemitoracelui stîng. Țesutul celular subcutanat și masa musculară sînt infiltrate cu sînge. Coastele VII, VIII, IX stîngi sînt fracturate pe linia axilară posterioară, fără deplasarea fragmentelor de fractură. În focarele de fractură se întîlnesc hemoragii, dar pleura parietală nu prezintă soluții de continuitate. Ambele cavități pleurale sînt libere, iar pleurile sînt umede și lucioase. Plămînii sînt de culoare roz-cenușie, cu desen antracotic pronunțat. Crepită la palpare. Pe suprafața de secțiune au un aspect buretos. La presiune se scurge o mică cantitate de sînge spumos. Traheea și bronhiile mari au lumenul liber, iar mucoasa traheo-bronșică este roză, umedă și catifelată.

Sacul pericardic este suplu. Inima este de consistență fermă și măsoară 9/11/6 cm. Cavitățile ei conțin puțin sînge lichid. Valvulele sînt suple, semitransparente. Endocardul parietal și visceral este transparent, umed și lucios. Miocardul este de culoare roșie-brună, de consistență fermă și măsoară 1 cm grosime la nivelul ventriculului stîng. Pe secțiuni seriate, făcute în grosimea lui, suprafața de secțiune este brun-roșietică, lucioasă. Coronarele sînt permeabile și au pereții supli. Aorta și celelalte vase mari de la baza inimii au pereții supli, iar intima este de culoare gălbuie, lucioasă.

Scanned with OKEN Scanner

Abdomenul şi cavitatea abdominală :

În grosimea pereţilor abdominali nu se întîlnesc urme de violenţă. Cavitatea peritoneală este liberă. Peritoneul este umed şi lucios.

Ficatul este de culoare brun-închisă, de consistenţă cărnoasă şi măsoară 28/17/9 cm. Pe suprafaţa de secţiune, desenul structural este nemodificat. Căile biliare extrahepatice sînt permeabile.

Vezica biliară are pereţii supli şi conţine circa 10 cmc bilă vîscoasă, de culoare verde-închisă.

Splina este de culoare cenuşiu-violacee, de consistenţă fermă şi măsoară 14/7/3 cm. Pe suprafaţa de secţiune, pe fondul vineţiu-violaceu al pulpei splenice se observă diseminaţi foliculii limfatici.

Rinichiul este de consistenţă elastică şi măsoară 12/6/3 cm. Se decapsulează uşor, iar suprafaţa decapsulată este netedă, lucioasă, de culoare roşie-brună. Pe suprafaţa de secţiune, parenchimul renal este de culoare roşie-brună, mai închisă la nivelul corticalei.

Vezica urinară are pereţii supli, şi conţine circa 50 cc urină clară, gălbuie. Mucoasa vezicală este roză, umedă şi lucioasă.

Stomacul conţine circa 1 000 cc lichid tulbure cu miros de alcool. Pereţii stomacului sînt supli, iar mucoasa este cenuşie, cu aspect catifelat, cu pliurile şterse. La nivelul pereţilor intestinali nu se întîlnesc modificări macroscopice. Mucoasa intestinală este de culoare cenuşiu-gălbuie, cu aspect catifelat.

Pancreasul este de consistenţă cărnoasă, iar pe suprafaţa de secţiune desenul structural acinos este nemodificat.

Observaţii : s-a recoltat sînge în vederea dozării alcoolului. Prin buletinul toxicologic nr. ..... se stabileşte concentraţia de 1,8 grame alcool etilic la ‰.

Concluzii :

Moartea lui ..... a fost violentă.

Ea se datorează contuziei cerebrale cu dilacerare cerebrală şi hemoragie subdurală prin fractura de boltă şi bază de craniu.

Leziunile de violenţă sînt consecinţa izbirii şi proiectării victimei de către un vehicul în viteză.

Leziunile de pe partea stîngă a victimei sînt produse prin izbirea de către vehicul, iar cele de la nivelul extremităţii cefalice şi membrului superior drept, prin proiectare pe un plan dur (parapetul podeţului).

Victima era în stare de ebrietate. Moartea datează de aproximativ 24 ore.

Scanned with OKEN Scanner

CUPRINS

Prefață 5

I. MEDICINA INTERNĂ

1. Urgențe cardiovasculare 9
1.1. Cardiopatii valvulare 9
1.1.1. Edemul pulmonar acut 9
Stenoza mitrală 9
Insuficiența și boala mitrală 10
Insuficiența aortică 11
Stenoza aortică 11
1.1.2. Tulburările de ritm 12
1.1.3. Accidente embolice 19
1.1.3.1. Accidente embolice sistemice 19
Embolia cerebrală 19
Embolia arterială periferică 20
Embolii viscerale 20
Embolia renală 20
Embolia splenică 21
Embolia mezenterică 21
1.1.3.2. Tromboembolismul pulmonar 21
1.1.4. Febra la valvulari 22
1.1.4.1. Infecții respiratorii 22
1.1.4.2. Tromboembolism pulmonar 22
1.1.4.3. Recidiva reumatică 23
1.1.4.4. Endocardita bacteriană 24
1.1.4.5. Infecții urinare 24
1.1.4.6. Tromboflebita de imobilizare 25
1.1.4.7. Febra alergică medicamentoasă 25
1.1.4.8. Sindroame imunologice 26

Scanned with OKEN Scanner

1.1.5. Angina pectorală în valvulopatii 26
1.1.6. Sincopa în valvulopatii 27
1.2. Cardiopatia ischemică 27
1.2.1. Angina pectorală 27
Angina de efort 27
Angina de decubit 29
Angorul de „tip Prinzmetal" 30
1.2.2. Angina instabilă (Sindromul coronarian intermediar) 32
1.2.3. Infarctul miocardic 33
Tulburări de ritm 34
Blocul a-v cu sincopă Adams-Stokes 35
Edem pulmonar acut 35
Şocul cardiogen 36
Tamponada inimii 36
Accidente embolice 37
Insuficienţa circulatorie cerebrală acută 37
Sindrom postinfarct miocardic (Sindrom Dressler) ... 37
Umărul dureros — Periartrita scapuloumerală 38
1.3. Cardiopatii congenitale 38
1.3.1. Cardiopatii congenitale fără şunt 38
Stenoza aortică congenitală 38
Stenoza subaortică (Miocardopatia cronică obstructivă) 39
Coarctaţia de aortă (Stenoza de istm aortic) 39
Insuficienţa aortică congenitală (Aorta bicuspidă) ... 39
1.3.2. Cardiopatii congenitale cu şunt stînga-dreapta ... 40
Infecţii respiratorii acute 40
Hipertensiunea pulmonară secundară (Sindrom Eisenmenger) 40
Endocardita bacteriană 41
1.3.3. Cardiopatii congenitale cu şunt dreapta-stînga ... 41
Crizele de cianoză 41
Crizele sincopale 42
Tromboza cerebrală 42
Abcesul cerebral 42
Insuficienţa cardiacă 43
1.4. Tulburări de ritm şi de conducere 43
1.4.1. Palpitaţii cu sindrom vegetativ polimorf 43
1.4.2. Stări sincopale 44
1.4.3. Hepatalagii „pseudoabdomen acut" 45
1.4.4. Embolii sistemice 45
1.4.5. Crize anginoase 46

Scanned with OKEN Scanner

1.5. Miocardite acute și miocardiopatii 46
1.5.1. Insuficiența cardiacă acută 46
1.5.2. Tulburări de ritm și/sau conducere 46
1.5.3. Stări sincopale 47
1.5.4. Angina de efort și sincopa de efort 47
1.6. Pericardite 47
1.6.1. Durerea acută precordială 47
1.6.2. Tamponada subacută a inimii 49
1.6.3. Insuficiența hipodiastolică acută 49
1.7. Hipertensiunea arterială 49
1.7.1. Crizele hipertensive 49
1.7.2. Encefalopatia hipertensivă 50
1.7.3. Edemul pulmonar acut 50
1.7.4. Ictusul cerebral 51
1.7.5. Hemoragia retiniană 52
1.8. Vasculopatii periferice 52
1.8.1. Sindromul de ischemie acută periferică 53
1.8.2. „Asfixia extremităților" 53
1.8.3. Iminențe sincopale 54
1.8.4. Cefalee bitemporală febrilă 54
1.8.5. Sindromul Leriche 55
1.8.6. Gangrena ischemică 55
1.8.7. Tromboflebita acută 56
2. Urgențe respiratorii 57
2.1. Bradipneea inspiratorie 57
2.2. Bradipneea expiratorie 57
2.3. Starea de rău astmatic 58
2.4. Hemoptizia gravă 59
2.5. Pneumotoraxul spontan 59
2.6. Insuficiența respiratorie acută 60
2.7. Edemul pulmonar acut infecțios 61
2.8. Colapsul infecțios (șocul endotoxinic) 62
3. Urgențe renale și urologice 64
3.1. Colica renală 64
3.2. Retenția acută de urină 64
3.3. Anuria sau oligoanuria 65
3.4. Febra urinară 66
3.4.1. Pielonefrita acută 66
3.4.2. Hidropionefroza 67
3.4.3. Supurații renale și perirenale 67
3.4.4. Neoplasmul renal 68
3.4.5. Tuberculoza renală 68

Scanned with OKEN Scanner

3.5. Hematuria 68
3.6. Hipertensiunea renală 69
3.7. Uremia acută şi cronică 69
3.7.1. Hiperkaliemia — „intoxicaţia cu potasiu“ 70
3.7.2. Hiperhidratarea celulară şi globală — „intoxicaţia cu apă“ 70
3.7.3. Hipokaliemia 70
3.7.4. Acidoza metabolică 71
4. Urgenţe metabolice 72
4.1. Diabetul zaharat 72
4.1.1. Precoma şi coma diabetică 72
4.1.2. Precoma şi coma hipoglicemică 73
4.1.3. Diabetul şi sarcina 73
4.1.4. Diabetul şi vîrsta înaintată 74
Coma hiperosmolară 75
Comă acidotică fără cetoză (coma lactacidotică) ... 75
4.2. Obezitatea 76
4.2.1. Urgenţe vasculare 76
4.2.2. Insuficienţa respiratorie în obezitate (S. Pickwick) 76
4.2.3. Insuficienţa venoasă a membrelor inferioare 76
4.2.4. Hipotensiunea ortostatică 77
4.3. Hiperuricemia — guta 77
4.3.1. Accesul de gută 77
4.3.2. Colica renală — Litiaza urică 78
4.4. Dislipidemiile 78
4.4.1. Crizele dureroase abdominale 78
4.4.2. Pancreatita acută 79
4.5. Porfiriile 79
4.5.1. Colica abdominală 80
4.6. Denutriţia 81
4.6.1. Criza hipoglicemică 81
4.6.2. Hipotensiunea ortostatică 81
5. Urgenţe hematologice 82
5.1. Anemia acută 82
5.1.1. Anemia acută posthemoragică 82
5.1.2. Anemia acută hemolitică 82
5.2. Purpura hemoragică 83
5.2.1. Purpura reumatoidă Schönlein-Henoch 83
5.2.2. Purpura trombocitopenică 84
5.3. Diateze hemoragice coagulopatice 85
5.4. Fibrinoliza acută 86
5.5. Coagulopatia de consum 86

Scanned with OKEN Scanner

5.6. Agranulocitoza — Pancitopenia 87
6. Urgențe digestive 88
6.1. Hipersalivația și asialia 88
6.2. Disfagia acută 88
6.3. Cardiospasmul (achalazia) 89
6.4. Gastrita acută 89
6.5. Enterocolita acută — Diareea febrilă 90
6.6. Hemoragia digestivă acută 90
6.7. Colica biliară 92
6.8. Angiocolita acută 93
6.9. Pancreatita acută 93
6.10. Hepatite acute grave 94
6.10.1. Hepatita fulminantă sau supraacută 94
6.10.2. Hepatita gravă subacută 94
6.11. Criza de penetrație 94
6.12. Stenoza pilorică 95
6.13. Colica intestinală 95
6.14. Ileusul mecanic și ileusul dinamic 96
6.15. Rectosigmoidita acută 97
6.16. Criza hemoroidală 97
6.17. Rectoragia 98
6.18. Precoma și coma hepatică 98
6.19. Encefalopatia portală și come dishomeostatice 99
6.20. Tromboza portală 100
7. Urgențe în boli reumatice 101
7.1. Redoarea articulară matinală 101
7.2. Poliartrita acută 101
7.3. Genunchiul dureros 102
7.4. Lumbago acut 103
7.5. Lombosciatica paralizantă 103
7.6. Torticolisul acut 104
7.7. Osteoporoza algică 104
7.8. Sindromul vertebral cervical posterior (Barré-Liéou) ... 105
7.9. Umărul blocat — Sindromul umăr-mînă 105
7.10. Accesul de gută 106
7.11. Cardita malignă (Reumatismul malign — Reumatismul cardiac evolutiv) 106
7.12. Colagenoze 107
7.12.1. Lupusul eritematos diseminat 107
Poliartrita febrilă 107
Insuficiența renală. Nefropatia lupică 107
Pleuropericardita 107

Scanned with OKEN Scanner

7.12.2. Sclerodermia 108
Sindromul Raynaud 108
Sindromul disfagic — dispneic 108
7.12.3. Poliarterita nodoasă (Periarterita nodoasă) 108
Sindromul artro-mialgic febril 108
7.12.4. Dermato-miozita 109
Sindromul artro-mialgic febril 109
8. Urgențe endocrine 110
8.1. Hipertiroidia 110
8.1.1. Sindromul hiperkinetic cardiovascular 110
8.1.2. Cardiotireoza 110
8.1.3. Hipertiroidia paraneoplazică 111
8.1.4. Hepatită tireotoxică (Hepatoza) 112
8.1.5. Pancreatoza 112
8.1.6. Coma tireotoxică 112
8.1.7. Exoftalmia malignă 113
8.2. Mixedemul adultului 113
8.2.1. Coma mixedematoasă 113
8.3. Insuficiența C.S.R. cronică — M. Addison 114
8.3.1. Criza de insuficiență C.S.R. acută 114
8.4. Sindroame suprarenometabolice — Cushing 114
8.4.1. Hipertensiune arterială severă 115
8.4.2. Osteoporoza algică (cifoza dureroasă) 115
8.4.3. Diabet zaharat sever 115
8.5. Feocromocitomul 115
8.5.1. H.T.A. paroxistică și permanentă 115
8.5.2. Aritmii paroxistice 116
9. Urgențe în boli alergice 117
9.1. Alergia respiratorie 117
9.1.1. Coriza spasmodică 117
9.1.2. Traheobronșita spasmodică 117
9.1.3. Astmul alergic 118
9.2. Alergia digestivă 118
9.2.1. Gastrita acută alergică 118
9.2.2. Enterocolopatii alergice 119
9.2.3. Purpura abdominală Henoch 119
9.3. Alergia cutaneo-mucoasă 119
9.3.1. Urticaria 119
9.3.2. Edemul angioneurotic Quincke 119
9.3.3. Edemul glotic 120
9.3.4. Purpura reumatoidă Schönlein 120

Scanned with OKEN Scanner

9.4. Manifestări alergice generale 120
9.4.1. Accidente serice 120
Şocul anafilactic 120
Boala serului 121
9.4.2. Alergii medicamentoase 121
Şocul anafilactic 121
Boala serului 121
9.4.3. Manifestări sanguine 122
9.4.4. Manifestări de colagenoză 122
10. Urgenţe în boli parazitare 123
10.1. Ascaridoza 123
10.2. Teniaza 123
10.3. Trichineloza 124
10.4. Echinococoza 124
11. Urgenţele în intoxicaţiile acute 126
11.1. Semiologia intoxicaţiilor acute 126
11.2. Schema terapeutică intensivă 127
11.2.1. Tratamentul epurator 127
11.2.2. Tratamentul antidot 127
11.2.3. Tratamentul simptomatic (de reanimare) 128
Tratamentul tulburărilor hidroelectrolitice 128
Tratamentul dezordinilor funcţiei respiratorii ... 128
Tratamentul tulburărilor circulatorii 129
Tratamentul tulburărilor reglării termice 129
Tratamentul fenomenelor de iritaţie S.N.C. 129
Tratamentul fenomenelor de inhibiţie S.N.C. ... 129
11.3. Principalele intoxicaţii acute 130
11.4. Prezentare sinoptică 131

II. PEDIATRIE

1. Urgenţe în pediatrie 150
1.1. Şocul 150
1.2. Insuficienţa cardiacă a sugarului 151
1.3. Intoxicaţii 152
1.3.1. Intoxicaţia cu barbiturice 152
1.3.2. Intoxicaţia cu derivaţi de fenotiazine şi antihistaminice 153
1.3.3. Intoxicaţia cu atropină 153
1.3.4. Intoxicaţia cu digitalică 153
1.3.5. Intoxicaţia cu insecticide organo-fosforice 154
1.3.6. Intoxicaţia cu nitriţi şi nitraţi 154

Scanned with OKEN Scanner

1.4. Epilepsia şi convulsiile 155
1.5. Deshidratarea prin diaree acută 156
1.6. Insuficienţa acută respiratorie 158
1.7. Asfixia neonatală 160
1.8. Laringita subglotică 161
1.9. Bronşiolita şi bronşita spastică 162
1.10. Accesul de astm bronşic 162
1.11. Corpi străini intrabronşici 163
1.12. Bronhopneumopatii 163
1.13. Edemul pulmonar acut 165
2. Repere de creştere 166
2.1. Dezvoltarea staturo-ponderală 166
2.2. Dezvoltare motorie 168
2.3. Dezvoltare psihică 169
3. Constante biologice 170
3.1. Biochimia sîngelui 170
3.2. Lichidul cefalo-rahidian 171
3.3. Urina 171

III. OBSTETRICA-GINECOLOGIE

1. Hiperemeza gravidică (Vărsăturile grave de sarcină) 172
2. Apendicita în gravido-puerperalitate 173
3. Alte boli comune care pot prezenta stări de urgenţă în sarcină ... 174
3.1. Pielonefrita 174
3.2. Colica renală 174
3.3. Colecistita 174
3.4. Pancreatita 175
3.5. Torsiunea de organ în cursul sarcinii 175
4. Avortul 175
4.1. Ameninţarea de avort 175
4.2. Avortul în curs şi incomplet 176
4.3. Avortul septic 176
5. Sarcina ectopică 176
6. Mola veziculară 178
7. Naşterea prematură 179
8. Placenta praevia 180
9. Decolarea prematură a placentei normal inserate 182
10. Eclampsia 185
11. Complicaţiile delivrării 188

Scanned with OKEN Scanner

11.1. Hemoragii de delivrare 188
11.2. Inversiunea uterină 192
12. Sindroame hemoragice (coagulopatii) grave întîlnite în obstetrică 192
12.1. Fibrinoliza primară acută (F.P.A.) 192
12.2. Coagularea intravasculară diseminată (C.I.V.D.) 193
13. Ruptura uterină 195
14. Suferința fetală în travaliu. Moartea aparentă și reanimarea noului-născut 196
14.1. Suferința fetală 196
14.2. Reanimarea noului-născut 198

IV. CHIRURGIE

1. Principiile și practica asistenței de urgență a traumatismelor închise și deschise 200
1.1. Scoaterea accidentatului din condițiile focarului primar de agresiune 200
1.2. Tehnicile de degajare din condițiile primare ale accidentatului 202
1.3. Tehnica așezării accidentatului 202
1.4. Dezbrăcarea accidentatului 203
1.5. Transportul de la locul accidentului 203
1.6. Procedeul „cules" sau „de ridicare din lateral" 203
1.7. Procedeul „punții olandeze" 204
1.8. Principiile tactice ale securității transportului unui accidentat grav 204
2. Stopul respirator și tratamentul lui de urgență 206
2.1. Cauzele care pot provoca pierderea parțială sau totală a permeabilității căilor respiratorii superioare 206
2.2. Tehnica dezobstrucției căilor respiratorii superioare 207
2.3. Introducerea sondei Guedel 208
2.4. Restabilirea și controlul permeabilității traheobronșice ... 209
2.5. Tehnica respirației gură la gură 209
2.6. Respirația prin metoda gură la nas 210
2.7. Metoda de respirație internă cu ajutorul dispozitivului de respirație artificială din trusa medicală de prim ajutor ... 210
3. Diagnosticul insuficienței respiratorii acute cu risc vital imediat și soluțiile terapeutice provizorii 211
3.1. Obstrucția căilor respiratorii 211
3.2. Fracturile costale și instabilitatea toracică 212

Scanned with OKEN Scanner

3.3. Tehnica infiltrării anestezice a nervilor intercostali 213
3.4. Pneumotoracele compresiv sau sufocant 213
3.5. Puncția toracelui (tehnica) 215
3.6. Hemotoracele „masiv" 216
3.7. Traumatopneea 217
3.8. Tamponada cardiacă și contuzia cardiacă 218
3.9. Contuzia cardiacă 218
3.10. Tratamentul de urgență al tamponadei cardiace și tehnica puncției evacuatoare a pericardului 219
4. Sindromul de „aspirație pulmonară" 220
4.1. Înecarea în apă dulce și în apă sărată 220
4.2. Principiile asistenței de urgență al înecaților 221
4.3. Aspirația pulmonară a conținutului gastric (Sindromul Mendelson) 222
4.4. Asistența de urgență în aspirația pulmonară a conținutului gastric 222
4.5. Drenajul prin postură 222
4.6. Tusea asistată 223
5. Resuscitarea inimii 224
5.1. Tehnica și tactica resuscitării inimii 225
5.2. Tehnica masajului cardiac extern 225
5.3. Masajul cardiac extern la noul-născut și la sugar 227
5.4. Regulile resuscitării cardiorespiratorii 228
6. Oxigenoterapia în condițiile asistenței de urgență 228
7. Clinica hemoragiilor acute grave 229
7.1. Diagnosticul de hemoragie 229
7.2. Semnele clinice ale hemoragiilor acute grave 229
7.3. Aspectul general al hemoragicului 229
7.4. Tensiunea arterială 230
7.5. Golirea venelor subcutanate 231
7.6. Sincopa posthemoragică 231
7.7. Colapsul hemoragic 232
7.8. Socul posthtmoragic 232
8. Tratamentul hemoragiei acute 232
8..1. Hemostaza provizorie 232
8.2. Hemostaza în leziunile vasculare periferice 233
8.2.1. Compresiunea digitală în plagă 233
8.2 2 Compresiunea manuală în punctele de elecție ... 233
8.2.3. Hemostaza prin compresiune circulară 234
8.2.4. Responsabilitatea aplicării și menținerii compresiunii circulare 235
8.2.5. Hemostaza provizorie prin forcipresură 236

Scanned with OKEN Scanner

8.3. Înlocuirea sîngelui pierdut 236
8.4. Problemele hemoragiei în raport cu timpul scurs de la rănire pînă la producerea sîngerării 238
8.5. Evaluarea cantității de sînge pierdut și a volumului necesar de înlocuit 238
8.6. Testul de flexiune a capului 239
8.7. Testul „L" 239
8.8. Indicele de șoc 239
8.9. Presiunea venoasă 240
8.10. Determinarea și semnificația presiunii venoase periferice 240
8.11. Tensiunea arterială și pulsul 241
8.12. Raportul dintre leziunea traumatică și pierderea de sînge 241
8.13. Refacerea și menținerea volumului circulant în condițiile asistenței de urgență și ale transportului 241
8.14. Tehnica descoperirii venei safene interne 243
9. Escoriația 244
10. Hematomul superficial 244
10.1. Tratamentul hematomului superficial 245
10.2. Hematomul subunghial 245
11. Impregnarea 246
12. Flictena traumatică 246
13. Necroza cutanată posttraumatică 246
14. Escara de decubit 247
15. Echimoza 247
16. Seromul traumatic 248
16.1. Tratamentul seromului traumatic 249
17. Contuziile articulare 249
17.1. Tratamentul contuziilor articulare 249
18. Traumatismele deschise ale articulațiilor 250
18.1. Trtamentul de urgență al plăgilor articulare și a celor din regiunile articulare 251
19. Traumatismele mușchilor 251
19.1. Stupoarea musculară 251
19.2. Rupturile musculare 251
19.3. Artriția musculară 252
19.4. Sindromul de contractură ischemică a lui Volkmann ... 253
19.5. Tratamentul sindromului Volkmann 254
19.6. Sindromul tibial anterior 254
19.7. Sindromul de strivire 255
20. Sindromul de ischemie acută periferică (posttraumatică) 256
20.1. Asistența de urgență în traumatismele arterelor membrelor 258

Scanned with OKEN Scanner

21. Traumatismele venelor superficiale ale membrelor 259
21.1. Traumatismele venelor profunde ale membrelor 260
21.2. Leziunile traumatice ale venelor mari 260
21.3. Tratamentul leziunilor traumatice ale venelor membrelor 260
22. Atitudinea în leziunile traumatice ale nervilor periferici în cadrul acordării asistenței de urgență 262
23. Competențele chirurgicale ale medicului de salvare în tratamentul plăgilor recente 263
23.1. Plăgi contuze provocate prin mușcătura de animal sau om 264
23.2. Tratamentul de urgență al plăgilor mușcate 264
23.3. Atitudinea în cazurile plăgilor mușcate văzute cu întîrziere și cu suspiciunea infecției rabice 265
23.4. Atitudinea față de animalul care a produs mușcătura ... 265
24. Tratamentul plăgilor recente 266
24.1. Reguli în tratamentul plăgilor recente 267
24.2. Competența chirurgicală a medicului de salvare în tratamentul plăgilor recente 268
24.3. Plăgile înțepate 268
24.4. Plăgile înțepate în plantă, palmă și degete 269
24.5. Plaga înțepată prin creion din anilină și substanțe uleioase injectate sub presiune 269
24.6. Plăgile înțepate ale degetelor cu reținerea agentului vulnerant 270
25. Rupturile de tendon 271
25.1. Ruptura tendonului distal al bicepsului 271
25.2. Ruptura tendonului lui Achile 271
25.3. Ruperea tendoanelor extensorilor degetelor mîinii 271
25.4. Leziunile extensorilor degetelor mîinii 272
25.5. Leziunile flexorilor degetelor mîinii 272
26. Tehnica scoaterii unui inel de pe un deget traumatizat și edemațiat 272
27. Atitudinea medicului de salvare față de fragmentele detașate prin traumatism 273
28. Complicațiile precoce ale plăgilor 273
28.1. Infecția 273
28.2. Bolnavul este văzut în faza de congestie a inflamației acute 273
28.3. Bolnavul este văzut în faza de supurație a plăgii 274
28.4. Hematomul 275
28.5. Dezunirea plăgii 275
29. Plăgile pielii capului 275
30. Înțepătura de insecte 276

Scanned with OKEN Scanner

31. Muşcătura de şarpe 277
31.1. Tratamentul muşcăturii de viperă 277
31.2. Tratamentul local al muşcăturii de viperă 277
31.3. Extragerea veninului din zona muşcăturii 278
31.4. Extragerea prin sucţiune şi prin excizie 278
32. Arsurile termice 280
32.1. Evaluarea întinderii suprafeţei arse 280
32.2. Principiile asistenţei imediate în cazul arsurilor termice 281
33. Arsura electrică 283
34. Electrocutarea 283
34.1. Tratamentul în starea de electrocutare 284
35. Degerăturile 284
35.1. Asistenţa de urgenţă a degerăturilor 285
36. Îngheţarea generalizată 286
36.1. Principiile, tactica şi tehnica asistenţei de urgenţă în îngheţarea generalizată 287
37. Leziunile produse prin „îngheţare lentă" (Pernio acut) 288
38. Starea de şoc traumatic 289
38.1. Stabilirea clinică a condiţiei hemodinamice în care se găseşte şocatul 290
38.2. Tratamentul în starea de şoc 290
38.3. Combaterea durerii 291
38.4. Asigurarea funcţiei respiratorii şi a unui aport de oxigen adecvat 292
38.5. Susţinerea performanţei cardiace 292
38.6. Terapeutica tonusului vascular 292
39. Furunculul 292
39.1. Furuncul feţei 293
39.2. Stafilococia malignă a feţei 293
39.3. Furunculul antracoid sau carbunculul 293
40. Infecţia acută a glandelor sudoripare (Hidrosadenita) 294
41. Abcesul postinjecţional 295
42. Abcesele sînului 295
42.1. Atitudinea terapeutică 296
43. Abcesul glandelor lui Bartolin 296
44. Abcesul perianal 297
45. Abcesul dezvoltat la nivelul unui sinus pilonidal 298
46. Abcesul subpectoral 298
47. Celulită acută difuză 298
48. Tromboflebită superficială (pe vene varicoase) 299
49. Tromboflebita profundă 300
50. Profilaxia tetanosului 301
50.1. Accidentele seroprofilaxiei tetanosului 301

Scanned with OKEN Scanner

50.2. Prevenirea şocului anafilactic produs de serul antitetanic 302
50.3. Tehnica desensibilizării 303
50.4. Tratamentul accidentelor serice 303
50.5. Accidentele tardive după seroprofilaxia tetanosului 305
51. Orientarea diagnosticului clinic în abdomenul acut 305
51.1. Cum s-a produs şi constituit durerea ? 306
51.2. Care este topografia durerii abdominale ? 306
51.2.1. Durerea abdominală generalizată 306
51.2.2. Durerea este circumscrisă în abdomenul superior ... 307
51.2.3. Durerea este circumscrisă în abdomenul inferior ... 307
52. Clinica durerii abdominale difuze 307
52.1. Peritonita acută generalizată 307
52.2. Gastroenterita acută 308
52.3. Tromboza mezenterică (arterială sau venoasă) 308
52.4. Ruptura anevrismului de aortă abdominală 308
52.5. Criza de angor abdominal 308
52.6. Pseudoabdomenul acut din acidoza diabetică 309
52.7. Criza gastrică tabetică 309
53. Clinica durerii abdominale localizată în abdomenul superior ... 309
53.1. Ulcer duodenal în criză de penetraţie 309
53.2. Perforaţia ulcerului duodenal (gastric) văzută precoce ... 310
53.3. Gastrita acută 310
53.4. „Colica biliară“ (colecistita acută) 310
53.5. Colica coledociană 311
53.6. Angiocolita 311
53.7. Pancreatita acută (edematoasă şi hemoragică) 311
53.8. Abcesul subfrenic 311
53.9. Traumatismele ficatului 312
53.10. Ruptura traumatică a splinei 312
53.11. Ocluzia intestinală 312
53.12. Hernia ştrangulată 313
53.13. Infarctul miocardic 313
53.14. Embolia pulmonară 314
53.15. Pneumonia 314
53.16. Pleurezia 314
53.17. Hidronefroza 314
53.18. Pielonefrita acută 315
53.19. Herpes zoster 315
54. Clinica durerii abdominale localizată în abdomenul inferior ... 315
54.1. Apendicita 315
54.2. Diverticulita acută a colonului („apendicita în stînga“) ... 316
54.3. Durerea intermenstruală 316

Scanned with OKEN Scanner

V. ORTOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

1. Dezlipiri epifizare posttraumatice 317
2. Entorse — generalităţi 318
3. Entorse — tratament de urgenţă 320
4. Fracturi — semiologie clinică 321
5. Fracturi — obiectivele primului ajutor traumatologic la locul accidentului 325
6. Fracturi — imobilizări de urgenţă ; atele, aparate ghipsate, bandaje, aparatură traumatologică 326
7. Fracturi — tratament ortopedic, tratament chirurgical 332
8. Fracturi deschise 342
9. Fracturile coloanei vertebrale 346
10. Fracturile bazinului 350
11. Fracturile sternului şi coastelor 352
12. Fracturile omoplatului 354
13. Fracturile claviculei 354
14. Fracturile humerusului 355
15. Fracturile epifizelor articulaţiei cotului 357
16. Fracturile oaselor antebraţului 360
17. Fracturile oaselor mîinii şi degetelor 363
18. Fracturile femurului 365
19. Fracturile rotulei 369
20. Fracturile oaselor gambei 370
21. Fracturile oaselor piciorului 374
22. Luxaţii — semiologie de urgenţă, tratament 375
23. Luxaţiile claviculei 377
24. Luxaţiile scapulo-humerale 378
25. Luxaţiile articulaţiei cotului 381
26. Luxaţiile articulaţiilor mîinii şi a degetelor 383
27. Luxaţiile şoldului 385
28. Luxaţiile genunchiului 387
29. Luxaţiile gleznei şi articulaţiilor piciorului 389

VI. BOLI INFECŢIOASE

1. Urgenţe în infecţiile streptococice 390
   1.1. Scarlatina 390
      1.1.1. Forma toxică 390
      1.1.2. Forma septică (toxica-septică) 391
      1.1.3. Nefrita scarlatinoasă 391

1.2. Erizipelul 392
1.2.1. Forma supurată 392
1.2.2. Forma gangrenoasă 393
2. Urgențe în infecțiile respiratorii acute 393
2.1. Rujeola 393
2.1.1. Bronhopneumonia postrujeolică 394
2.1.2. Nevraxita rujeolică 394
2.2. Rubeola 395
2.2.1. Rubeola materno-fetală 395
2.3. Varicela 395
2.3.1. Varicela suprainfectată 396
2.3.2. Nevraxita variceloasă 396
2.4. Gripa 396
2.4.1. Forma toxică 396
2.4.2. Pneumonia gripală (bronhopneumonia) 397
2.4.3. Encefalopatia gripală 397
2.4.4. Formele grave 297
2.5. Pneumoniile acute nesupurative 398
2.5.1. Pneumoniile virale 398
2.5.2. Pneumonia cu M. Pneumoniae (pneumonia atipică primară) 398
2.5.3. Ornitoza 399
2.5.4. Febra Q 399
2.6. Difteria 400
2.6.1. Difteria faringiană — forma toxică 400
2.6.2. Miocardita diferică 401
2.6.3. Complicații nervoase 401
2.6.4. Difteria laringiană, crupul difteric 402
2.7. Tusea convulsivă 402
2.7.1. Forma complicată 402
2.7.2. Bronhopneumonia pertussis 403
2.7.3. Encefalita pertussis 403
2.8. Mononucleoza infecțioasă 403
2.9. Parotidita epidemică 404
2.9.1. Forma complicată 404
2.9.2. Orhita urliană 405
2.9.3. Pancreatita urliană 405
2.9.4. Nevraxita urliană 405
3. Urgențe în infecții digestive 405
3.1. Febra tifoidă 405
3.1.1. Forma gravă cu șoc 406
3.1.2. Miocardita tifică 407

Scanned with OKEN Scanner

3.1.3. Hemoragia intestinală 407
3.1.4. Perforația intestinală 407
3.2. Toxiinfecțiile alimentare 408
3.2.1. Forma gravă cu șoc 408
3.2.2. Botulismul 409
3.3. Holera 409
3.3.1. Forma comună 410
3.3.2. Forma gravă cu șoc (forma sicca) 410
3.4. Dizenteria bacilară 411
3.4.1. Forma gravă (toxică) 411
3.5. Hepatita virală 412
3.5.1. Forma prelungită (colestatică) 413
3.5.2. Coma hepatică 413
3.5.3. Hepatita virală persistentă 414
4. Urgențe în neuroinfecții 414
4.1. Meningitele purulente 414
4.1.1. Forma comatoasă 416
4.1.2. Sindromul Waterhouse-Friederichsen 416
4.2. Encefalitele acute infecțioase 417
4.3. Enterovirozele acute 418
4.3.1. Poliomelita 418
4.3.2. Infecții cu virus Coxsackie (forme paralitice) 419
4.3.3. Infecții cu virusuri ECHO 419
5. Urgențe în infecțiile bacteriene și fungice diseminate. Parazitoze 420
5.1. Septicemiile 420
5.1.1. Manifestări legate de poarta de intrare 421
5.1.2. Manifestări legate de focarul septic 421
5.1.3. Metastaze viscerale 422
5.1.4. Șocul septic 422
5.2. Infecții fungice (micoze) 423
5.2.1. Candidoza (Moniliaza) 423
5.3. Malaria 424
5.3.1. Accesul malaric 424
5.3.2. Accesul pernicios. Coma malarică 425
6. Urgențe în antropozoonoze 425
6.1. Antrax 425
6.1.1. Edemul malign 426
6.1.2. Septicemia cărbunoasă 426
6.2. Tetanos 426
6.2.1. Forma acută (supraacută) 428
6.2.2. Tetanosul visceral (splanhnic) 428
6.2.3. Tetanosul noului-născut 428

Scanned with OKEN Scanner

6.3. Bruceloza 429
6.3.1. Forma acută septicemică 429
6.3.2. Bruceloza cronică 430
6.4. Leptospirozele 430
6.4.1. Forma gravă cu manifestări hemoragice 431
6.4.2. Forma gravă cu insuficiență hepatorenală 431
6.5. Rabia (turbarea) 431
6.6. Rickettsioze 432
6.6.1. Tifosul exantematic 432
6.6.2. Rickettsioze zootice 433
6.7. Trichinoza 433
6.7.1. Forme grave cu manifestări toxice (toxico-alergice) 433

VII. NEUROLOGIE

1. Coma 435
2. Epilepsia 443
3. Amețeala 446
4. Paralizia 449
5. Ataxia 453
6. Atrofii musculare (amiotrofii) 454
7. Afecțiuni ale nervilor cranieni 455
8. Mișcări involuntare 458
9. Pseudoparaliziile 462
10. Hipertensiunea intracraniană (H.I.C.) 464
11. Lichidul cefalo-rahidian 466
12. Algii 468
13. Somnul 475
14. Sughițul 477

VIII. PSIHIATRIE

1. Urgențe în cadrul stărilor maladive cunoscute de pacient și/sau anturaj 479
1.1. Psihozele schizofrene 479
1.1.1. Efecte secundare nedorite ale medicamentelor neuroleptice 480
1.1.2. Refuzul medicamentelor de întreținere la un schizofren 481

Scanned with OKEN Scanner

1.1.3. Modificări comportamentale 481
1.1.4. Stări de agitație psihotică 481
1.2. Psihozele periodice maniaco-depresive sau monopolare ... 482
1.2.1. Nou puseu depresiv 482
1.2.2. Nou puseu maniacal 482
1.3. Etilismul cronic 482
1.3.1. Criza nitritoidă 483
1.3.2. Psihoza etilică acută 483
1.4. Encefalopatia posttraumatică 484
1.5. Epilepsia 485
1.6. Nevrozele 485
1.6.1. Criza de angoasă 485
1.6.2. Criza isterică 485
2. Urgențe în cadrul unor stări maladive necunoscute de pacient — sau — anturaj 486
2.1. Agitația psiho-motorie 486
2.2. Angoasa (criza de anxietate acută) 488
2.3. Starea depresivă cu pericol de suicid 489
3. Probleme ale examinării și ale diagnosticului în cazul urgențelor psihiatrice 490
3.1. Examinarea întreprinsă de medic 490
3.2. Anamneza amănunțită 491
3.3. Comportamentul pacientului 491
3.4. Medicul trebuie să întrebe în detaliu pacientul asupra stărilor sale subiective 491
3.5. Înregistrarea simptomelor de suferință somatică obiectivă 491
3.6. Examenul somatic și psihic 492
3.7. Rezolvarea cazului sau trimiterea la un serviciu de specialitate 492

IX. OFTALMOLOGIE

1. Tulburări de vedere 494
a) Deformarea obiectelor 494
b) Dioplia 494
monoculară 494
binoculară 494
c) Fosfene 494
d) Fotofobie 494
e) Lăcrimarea 496
f) Înceţoşarea vederii 496

Scanned with OKEN Scanner

g) Micropsii 496
h) Pierderea vederii 496
i) Senzația de curcubeu 497
2. Durerea 497
3. Tumefacția pleoapelor 497
a) Lipsind fenomenele inflamatorii 497
Emfizem palpebral 497
b) Fenomenele inflamatorii fiind prezente 498
Abces 498
Furuncul 498
Orgelet 498
Dacrioadenita 498
Dacriocistita cronică 499
4. Afecțiuni acute ale formațiunilor orbitale 499
Modificarea poziției globului ocular în orbită concomitent cu fenomene inflamatorii la nivelul pleoapelor și conjunctivelor ... 499
Osteoperiostita 499
Celulita orbitară 500
Tenonita 501
Tromboflebita venelor orbitare 501
5. Istoric 501
5.1. Boli oculare 502
Glaucomul 502
Accidente vasculare 502
Miopia 502
Traumatisme oculare 502
Keratitele 502
Cataracta 502
Glaucomul operat 502
Dacriocistita cronică 503
5.2. Boli generale 503
Diabetul 503
Retinopatia diabetică 503
Hipertensiunea arterială 503
Boli emboligene 503
Tuberculoza sechelară și reumatismul 503
6. Ingestia de medicamente 503
Medicamente cu efect parasimpaticolitic 503
Substanțe cu efect puternic vasodilatator 503
Tratamentul cu corticosteroizi 503
Atacul de glaucom 504

Scanned with OKEN Scanner

Iridociclita 505
Keratitele 506
Conjunctivitele 506

X. O.R.L.

1. Traumatismele nasului 508
2. Traumatismele auriculare (urechii) 511
3. Traumatismele gîtului 514
4. Plăgile bucofaringiene 517
5. Arsurile bucofaringo-esofagiene 518
6. Arsurile laringo-traheale 519
7. Corpii străini nazali 520
8. Corpii străini auriculari 520
9. Corpii străini faringieni 521
10. Corpii străini laringieni 522
11. Gorpii străini traheo-bronșici 523
12. Corpii străini esofagieni 524
13. Insuficiența respiratorie acută prin obstrucția căilor respiratorii superioare 525
14. Hemoragia nazală (Epistaxisul) 529
15. Hemoragia auriculară (Otoragia) 531
16. Hemoragia faringiană 531
17. Infecții-supurații naso-sinusale 532
18. Supurații acute faringiene și perifaringiene 534
19. Supurații acute laringiene și perilaringiene 536
20. Supurații acute otomastoidiene 537
21. Complicațiile supurațiilor otice și mastoidiene 538
22. Sindrom Menière 540

XI. MEDICINA LEGALA

Atribuțiile medicului generalist în eliberarea certificatelor medico-legale 542
1. Tehnica redactării certificatului medico-legal 542
2. Model de certificat medico-legal 543
3. Instrucțiuni de recoltare a sîngelui pentru alcoolemie 544
Expertiza de cadavru 547

Scanned with OKEN Scanner

4. Orientarea la locul faptei 548
5. Cînd se poate elibera certificat constatator de deces 548
6. Cînd nu se poate elibera certificat constatator de deces 548
7. Stabilirea diagnosticului de moarte 549
8. Cînd i se poate cere medicului generalist să efectueze o autopsie 556
9. Cine îl investește cu calitatea de expert delegat 556
10. Recoltarea materialului biologic pentru laborator 557
11. Redactarea raportului medico-legal de autopsie 558
12. Modele de rapoarte medico-legale de autopsie 563
Raport medico-legal în caz de moarte subită 563
Raport medico-legal în caz de asfixie prin spînzurare 566
Raport medico-legal în accident de circulație 569

Scanned with OKEN Scanner

Redactor : ION ILIN
Tehnoredactor : IOAN I. IANCU

Bun de tipar : 2.11.1982.
Apărut 1982.
Coli tipar : 37,25.

Întreprinderea poligrafică „Banat"
Timișoara, Calea Aradului nr. 1.
Comanda nr. 79

Scanned with OKEN Scanner